

患者氏名： (男・女)	主病：
生年月日：明・大・昭・平・令 年 月 日生 (才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

[illegible]

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入

患者署名

医師氏名
