

患者氏名： (        )	主病：
生年月日：        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
------	------