

診 断 書

昭島市長 殿

平成 年 月 日

所在地

医療機関名

電話番号

医師氏名

㊟

患者氏名		性別	男 ・ 女
患者住所		電話番号	()
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	職業	

傷病名	<input type="checkbox"/> なし
現在の症状	<input type="checkbox"/> 機能訓練として水浴訓練をすることが好ましい <input type="checkbox"/> 特筆すべき事項なし
温水プール利用の可否	<input type="checkbox"/> 現在、温水プール利用は可能 <input type="checkbox"/> 現在、温水プール利用は、次の点に注意し利用すれば可能 〔 〕 <input type="checkbox"/> 温水プール利用は、不可能 <input type="checkbox"/> その他 〔 〕
備考	

※この診断書は、昭島市保健福祉センターの水浴訓練室利用のため参考とするものです。