

診断書

患者名: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断名: _____

* 診断名がない場合は「なし」とご記入ください。また判断理由を下記「1」に必ずご記入ください。

受診者が2年間ボランティアとして開発途上国へ派遣できるか否か、この診断書によって判断いたします。宜しくお願い申し上げます。

※血液検査・尿検査を実施された場合は、必ずデータを添付してください

1. これまでの治療経過など (初診の場合は診療、検査内容について) を必ずご記入ください

.....

.....

.....

.....

.....

2. 今後、開発途上国派遣中の2年間で必要となりうる医療的管理の条件/注意点等をご記入ください

※任地によっては医療機関へのアクセスが年2回程度となる場合があります。

項目	詳細
通院	間隔: () 回 / _____ 週 _____ 月 _____ 年ごと 内容:
検査	間隔: () 回 / _____ 週 _____ 月 _____ 年ごと 内容:
治療	内容: 内服薬名 / 外用薬名:
その他の配慮 管理事項 (自由記載)	

以上、証明します。

記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名: _____

医療機関名: _____

所在地: _____

電話番号: _____