



# Medical Report / 診断書

To be completed by Contributor/Applicant:  
被保険者／申請者記入欄:

		Contributor's Canadian Social Insurance Number 被保険者のカナダの社会保険番号	
Contributor's Family Name / 被保険者の姓		Contributor's Given Name / 被保険者の名	
Home Address (No., Street, Apt. No., P.O. Box) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号)      City, Town or Village / 市町村			
Postal Code / 郵便番号	Province / 州	Country / 国	
Telephone Number (including area, city or regional code) 電話番号(市外局番号を含む)			

To be completed by Medical Doctor: / 医師記入欄:

1. Date of patient's first visit: 患者の初診日		Date of patient's last visit: 患者の最終受診日	
Year / 年      Month / 月      Day / 日		Year / 年      Month / 月      Day / 日	
2. Diagnosis(es): 診察・診断内容:			
3. Relevant/significant previous medical history: 関係する／重要な病歴:			
4. Hospitalization: Names of institutions, approximate dates of hospitalization in the past two years, reason(s) for admission and treatment. 入院歴: 医療機関の名称、過去2年間のおおよその入院時期、入院理由と治療内容			
5. Height: 身長: _____	Weight: 体重: _____	Blood Pressure: 血圧: _____	

**6. Observations and positive findings on most recent clinical examination:**

Please note any measurable functional limitations.

**最近の臨床検査に関する観察結果及び陽性結果:**

測定可能な機能制限を記載してください。

**7. Relevant consultant opinions, laboratory reports, X-rays, etc.:**

If you have included any enclosures, do you wish them returned?

Yes  No  
はい いいえ

**関係するコンサルタントの意見、臨床試験報告、放射線など:**

同封物がある場合には返送を希望しますか?

**8. Are any future examinations or medical investigations planned?**

If you said "Yes", please list type, where, when and by whom.

Yes  No  
はい いいえ

**今後検査又は医療調査をする予定ですか?**

「はい」の場合には、種類、実施場所、実施時期、実施者を記載してください。

**9. Current medications:**

Please list by generic or trade name and indicate dosage and frequency.

**現在受けている投薬:**

薬品の一般名又は商品名を挙げ、投与の頻度、投与量を記載してください。

**10. Treatment:**

Please list type and response.

**治療:**

治療の種類と反応を挙げてください。

**11. Summary and Prognosis:**

**要約及び予後診断:**

Medical Doctor's Name  
医師の氏名

Telephone Number (including area, city or regional code)  
電話番号(市外局番号を含む)

Address  
住所

Postal Code  
郵便番号

City, Town or Village  
市町村

Country  
国

Family Doctor  
かかりつけの一般医

Speciality, if any  
専門医(専門分野を右欄に記入)

Signature  
署名

Year / 年 Month / 月 Day / 日

\_\_\_\_\_