



Rapport médical / 診断書

Fichier de renseignements
personnels RHDSC PPU 175

個人情報バンク

Doit être rempli par le cotisant/demandeur :

Le genre masculin est utilisé sans aucune
discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

被保険者／申請者記入欄:

		Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada 被保険者のカナダの社会保険番号	
Nom de famille du cotisant / 被保険者の姓		Prénom du cotisant / 被保険者の名	
Adresse du domicile (nO, rue, app.) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号)		Ville ou Village / 市町村	
Code postal / 郵便番号	Province / 州	Pays / 国	
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番号を含む)			

Doit être rempli par le médecin / 医師記入欄:

1. Date de la première visite du patient : 患者の初診日		Date de la dernière visite du patient : 患者の最終受診日	
Année / 年 Mois / 月 Jour / 日		Année / 年 Mois / 月 Jour / 日	
2. Diagnostic(s): 診察・診断内容:			
3. Antécédents médicaux pertinents / importants : 関係する／重要な病歴:			
4. Hospitalisation : Nom des établissements, dates approximatives d'hospitalisation au cours des deux dernières années et raison(s) de l'admission et du traitement. 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. Taille : 身長:	Poids : 体重:	Tension artérielle : 血圧:	

6. Observations et constatations positives sur le plus récent examen clinique :

Veillez indiquer toute restriction fonctionnelle mesurable.

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. Opinions de consultants, rapports de laboratoire, radiographies, etc., pertinents :

Si vous avez joint des pièces, desirez-vous les avoir?

Oui Non
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. Prévoyez-vous effectuer d'autres examens ou évaluations médicales?

Si << Oui >>, veuillez indiquer la nature de l'examen, l'endroit, la date et par qui.

Oui Non
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. Médicaments actuels :

Énumérez les médicaments par nom générique ou commercial et indiquez la dose et la fréquence.

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. Traitement :

Veillez indiquer le genre et la réaction.

治療:

治療の種類と反応を挙げてください。

11. Résumé et pronostic :

要約及び予後診断:

Nom du médecin
医師の氏名

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain)
電話番号(市外局番号を含む)

Adresse
住所

Code postal
郵便番号

Ville ou village
市町村

Pays
国

Médecin de famille Spécialité, le cas échéant
かかりつけの一般医 専門医(専門分野を右欄に記入)

Signature
署名

Année / 年 Mois / 月 Jour / 日