

症例評価シート（1）

1-ア) 頻度の高い症状のレポート

分野名（○をつける、もしくは該当しない項目を削除）

不眠、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、発熱、頭痛、めまい、視力障害、視野狭窄、
結膜の充血、胸痛、動悸、呼吸困難、咳・痰、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常（下痢・便秘）、
腰痛、四肢のしびれ、血尿、排尿障害

患者年齢 歳 性別 男・女

入院日： 年 月 日

退院日： 年 月 日

受持期間 自 年 月 日

至 年 月 日

【主訴】

【原病歴】

【既往歴及びその時に受けた医療内容】

【身体所見】

【検査所見】

【プロブレムリスト】

【現時点での診断】

【診断計画】

【最終診断】

【治療計画】

【コメント・感想】

【指導医からのフィードバック、コメント】

記載者氏名 _____ 印

指導医氏名 _____ 印