症例番号(No　　）　　　　　**医療記録（**職種　**）**(様式4-1)

**申請者氏名**

|  |  |
| --- | --- |
| **症例： 　　 歳　性別：男・女** | **下肢病名：** |
| **基礎疾患（下肢病に関連深いもの）：** | |
| **日常生活自立度（安静度等）：** | **評価までの実施内容:** |
| **（開始時の所見）**写真添付可    血液データなどの記載も可 | **（発生までの経過）**  **（治療経過）**  **（症例の問題点と対応，実践と評価 など）** |
| **（経過中の所見）**写真添付可  血液データなどの記載も可 |
| **（終了時の所見）**写真添付可  血液データなどの記載も可 |