

平成 年 月 日

診療科： _____

_____ 先生

臨床研修医（ 年次）

氏名： _____

連絡先： _____

返送先： _____

レポート承認依頼

拝啓 時下ますますご清栄の事とお慶び申し上げます。

ご多忙のところ大変恐縮ではございますが、 月 日までに下記の○印の項目のレポートをご承認・ご返送下さいますようお願い申し上げます。 敬具

1	外科症例レポート
2	CPC(臨床病理検討会)レポート(剖検報告)
頻度の高い症状	
3	不眠
4	浮腫
5	リンパ節腫脹
6	発疹
7	発熱
8	頭痛
9	めまい
10	視力障害・視野狭窄
11	結膜の充血
12	胸痛
13	動悸
14	呼吸困難
15	咳・痰
16	嘔気・嘔吐

17	腹痛
18	便通異常(下痢、便秘)
19	腰痛
20	四肢のしびれ
21	血尿
22	排尿障害(尿失禁・排尿困難)
経験が求められる疾患・病態	
23	脳・脊髄血管障害(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)
24	心不全
25	高血圧症(本態性・二次性高血圧症)
26	呼吸器感染症(急性上気道炎、気管支炎、肺炎)
27	食道・胃・十二指腸疾患(食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎)
28	腎不全(急性・慢性腎不全、透析)
29	糖代謝異常(糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖)
30	認知症(血管性認知症を含む)
31	気分障害(うつ病・躁うつ病を含む)
32	統合失調症