

共通書式13 写真貼付および治療後評価

カルテ No. _____

患者名 _____

利き手(右・左)

診断 _____

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検者名 _____

術前(_____ 年 _____ 月 _____ 日)



術後(_____ 年 _____ 月 _____ 日)



治療後評価(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

医師 E, G, F, P (コメント: _____)

患者 きわめて満足, 満足, どちらとも言えない, 不満足 (コメント: _____)