

共通書式13 写真貼付および治療後評価

カルテ No. (ID)	氏名	男・女	年齢	利き手	右・左	患側	右・左・両側
			歳				
診断名							
検査日	年	月	日	検者名	(医師・OT・PT)		

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・どちらともいえない・不満足 (コメント:)