（様式４）

**治療記録（No.　　）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名 | |  | | | | | |
| 患者名(イニシャル) | |  | | 性別 |  | 年齢 |  |
| 診　断　名 |  | | | | | | |
| 術　式 |  | | | | | | |
| 術者（執刀医：○、第一助手△） | | |  | | | | |
| 【記録】 | | | | | | | |

　注：手術記録とともに病歴，現症，治療経過についても簡潔に記載して下さい。（必須）