

通所介護健康診断書

氏名		生年月日	年	月	日 (歳)
住所		電話	()		
病状(症状)		現在の処方			
既往歴					
診 断 項 目 等	(1)結核喀痰検査又はX線撮影	陽性	陰性		
	(2)梅毒反応検査(TPHA)定性試験 (陽性の時は定量試験が必要)	陽性	陰性		
	(3)B型肝炎(HBs抗原検査) (HBsが陽性の時はHbe抗原検査が必要)	陽性	陰性		
	(4)C型肝炎(HCV抗体検査)	陽性	陰性		
	(4)疥癬	陽性	陰性		
	(5)MRSA	陽性	陰性		
	(1)入浴の可否(可 / 否) 入浴が可能な場合は血圧・体温をご教示下さい 収縮期血圧 / mmHg 体温 °C以下で入浴可能				
	※注意事項記入欄(入浴等について)				
上記のとおり診断します					
年 月 日					
医療機関名					
医師 氏名					
印					