

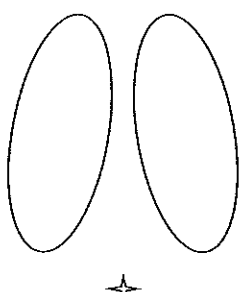
健康診断書

平成 年 月 日

管理者責任者 殿

医療機関名称
住 所
電 話 番 号
医 師 氏 名

印

氏名	住所	電話番号
性別 (男・女)	生年月日 明・大・昭	年 月 日 (歳)
目的		
検査項目		
<ul style="list-style-type: none"> ・検便 (赤痢菌等) 陰性・陽性 () ・梅毒反応 陰性・陽性 () ・肝 炎 HBS 抗原 陰性・陽性 () <li style="padding-left: 20px;">HCV 抗体 陰性・陽性 () ・MRSA (喀痰、又は咽頭ぬぐい液) 陰性・陽性 () ・疥 癬 陰性・陽性 () 		<p>胸部 X 線</p> <p>異常あり</p> <p>異常なし</p>
病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等		
医師の意見	※医師の指示・特記事項	
<p>上記状態のため、「より処ぬくみ・くるみ」の利用サービスに支障ないものと認めます。</p> <p>医療機関名 医師氏名 印</p>		