

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日 ( 歳)

1 病名(症状)

2 診断項目

① 結核喀痰検査(塗抹検査)又は胸部X線撮影

陽性 陰性

② 梅毒反応検査(TPHA定性試験)

陽性 陰性

(陽性のとき定量試験が必要)

③ Hb抗原検査(Hbs抗原)

陽性 陰性

(Hbsが陽性のときHbe抗原検査が必要)

④ その他の伝染性疾患

有 無

3 入浴の可否 (1) 可 (2) 否

4 入浴についての注意事項

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

Ⓜ