

介護サービス利用時診断書

氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)																					
住 所	〒	電 話	()																					
病名 (症状)																								
既 往 症																								
診 断 項 目 等	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">(1) 結核喀痰検査 (塗抹検査) 又は胸部X線撮影</td> <td style="width: 10%;">陽性</td> <td style="width: 20%;">陰性</td> </tr> <tr> <td>(2) 梅毒反応検査 (TPHA定性試験) <small>(陽性のとき定量試験が必要)</small></td> <td>陽性</td> <td>陰性</td> </tr> <tr> <td>(3) B型肝炎 (HBs抗原検査) <small>(HBsが陽性のときHBe抗原検査が必要)</small></td> <td>陽性</td> <td>陰性</td> </tr> <tr> <td>(4) C型肝炎 (HCV抗体検査)</td> <td>陽性</td> <td>陰性</td> </tr> <tr> <td>(5) 疥 癬</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>(6) MRSA (感染症状がある場合)</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>(7) 入浴の可否</td> <td>可</td> <td>否</td> </tr> </table>			(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) <small>(陽性のとき定量試験が必要)</small>	陽性	陰性	(3) B型肝炎 (HBs抗原検査) <small>(HBsが陽性のときHBe抗原検査が必要)</small>	陽性	陰性	(4) C型肝炎 (HCV抗体検査)	陽性	陰性	(5) 疥 癬	有	無	(6) MRSA (感染症状がある場合)	有	無	(7) 入浴の可否	可	否
(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) <small>(陽性のとき定量試験が必要)</small>	陽性	陰性																						
(3) B型肝炎 (HBs抗原検査) <small>(HBsが陽性のときHBe抗原検査が必要)</small>	陽性	陰性																						
(4) C型肝炎 (HCV抗体検査)	陽性	陰性																						
(5) 疥 癬	有	無																						
(6) MRSA (感染症状がある場合)	有	無																						
(7) 入浴の可否	可	否																						
※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。																								
平成 年 月 日																								
医 療 機 関 名																								
医 師 氏 名			印																					