


氏名			生年月日	年 月 日	
身長	cm	体重	kg	性別	男・女
既往歴 〔疾病名と罹患時期〕			胸部 X線	異常…無・有（ ） 撮影…直接・間接 令和 年 月 日	
治療中の疾病				 <p>※X線撮影困難な方は、喀痰検査をお願いします。</p>	
服薬内容			感染症		
				C型肝炎	陰性・陽性
				梅毒	陰性・陽性
			入浴の可否	適 ・ 要観察 ・ 不可 (注意事項：)	
以上の事項から判断する、福祉施設利用の可否及び特記事項等					
判定	特に問題なし ・ 下記の事項に注意して利用可能 ・ 利用は困難である				
特記事項	※福祉施設での集団生活にあたり、感染・心身の状況等において注意すべき事項があればご記入ください。				
上記のとおり診断します。					
令和 年 月 日					
医療機関所在地					
医療機関名					
担当医師氏名 ⑩					

※ 過去1年以内に指定項目の検査が行われている場合には、その内容を把握できる書類の提出があれば、検査の実施を省いて良いものとします。