

様式第2号(第4条関係)

診 断 書

住 所			性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	年 月 日生(歳)	
既往症				
現 症	(傷病名・症状経過)			
	皮膚疾患	(褥瘡その他)		
	精神障害			
	入浴可能 血 圧	~	摘 要	
H B s 抗 原	1 陰性 2 陽性()			
ワ 氏 反 応	1 陰性 2 陽性()			
M R S A 反 応	1 陰性 2 陽性(検査部位)			
その他の伝染 性疾患の有無	1 陰性 2 陽性()			
入 浴 の 可 否	1 陰性 2 陽性()			
医 師 の 所 見	(入浴に際しての注意事項等)			

上記のとおり診断します。

年 月 日

住 所
病(医)院名
医 師 名