

別記様式第3号（第7条関係）

健康診断書					
氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所	近江八幡市				
既往症	結核性疾患				
	精神病及び慢性中毒				
	その他の疾患				
現在症	結核性疾患				
	その他の伝染性疾患 (皮ふ疾患を含む。)				
	精神病及び慢性中毒				
	その他の疾患				
血圧	最高		mmHg / 最低		mmHg
ワッセルマン反応					
HBs抗原検査					
MRSA					
機能障害の有無					
医師の意見	(1) 入浴の可否 可・否				
	(2) その他の指示・注意事項				
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関 所在地</p> <p>名称</p> <p>担当医師名</p>					

※1 血液検査については、検査成績証明書を添付してください。

※2 ワッセルマン反応については、定性反応の検査をお願いします。