健　康　診　断　書

障害者支援施設
新　光　苑

<table>
<tr><td>フリガナ
氏　名</td><td colspan="3"></td><td>性別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>昭和 ・ 平成</td><td colspan="2">年　　月　　日　　歳</td><td>血液型</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">〒　　－　　県</td></tr>
<tr><td rowspan="4">血液検査</td><td rowspan="3">肝　　炎</td><td>ＨＢＳ抗原</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>ＨＢＳ抗体</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>ＨＣＶ抗体</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>梅　　毒</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">細菌培養検査</td><td>ＭＲＳＡ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">皮膚疾患</td><td colspan="4">所　見</td></tr>
<tr><td colspan="2">現在の病気</td><td colspan="4">病　名</td></tr>
</table>

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

所在地

名　　称

医師名　　印