

様式第7号

東京都千葉福祉園知的障害者短期入所事業 **健康診断書**

氏名	殿 T S H	年	月	日	男・女	歳
住所						
1、胸部レントゲン検査 異常あり [] 異常なし						
2、肝炎ウイルス						
HBs抗原		(+)	(-)			
HCV抗体		(+)	(-)			
3、梅毒血清反応						
T P H A		(+)	(-)			
4、腸内細菌検査						
サルモネラ		(+)	(-)			
赤痢		(+)	(-)			
胸部、腹部、聴打診、触診		異常あり []				
		異常なし				

平成 年 月 日

医療機関名

住所 〒

TEL

FAX

医師名

印