様式第３号（第２条関係）

健　　康　　診　　断　　書健康診断書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | 男・女 | | 年　　月　　日生(満　　歳) | |
| 住所 |  | | | | | | |
| 身長 | ㎝ | | | | 体重 | | ㎏ |
| 主傷病名 |  | | | | 発病（受傷）年月日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 合併症 |  | | | | 年　　月　　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 既往症 |  | | | | | | |
| 現在の傷病経過及び治療の概略 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 血圧 |  | 血液型 | 型RH(　) | | 性病 | |  |
| 検便 | 腸菌類  虫　卵 | | | | 胸部ＸＰ 所見 | | 間・透・直 |
| 感染症 | ＨＢｓ抗原（－　＋）　　　　　ＨＢｓ抗体（－　＋）  　細菌培養（便） | | | | | | |
| 総合所見 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

　　上記のとおり診断する。

　　　　　　　年　　月　　日

医療機関名

住　　　所

医師氏名医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

※裏へ→

春日部市心身障害者通所支援施設への通所申請に係る

　　　　　　　 健康診断の検査項目について

　通所の承認にあたって感染性疾患の有無を把握するため、春日部市通所支援施設条例施行規則第２条により、提出しなければならない書類に健康診断書を規定しています。

　検査項目等については、下記のとおり取り扱いいただきますようお願いいたします。

記

１　検査項目に、後天性免疫不全症候群及び梅毒を追加してください。

　　検査結果は総合所見欄に記入をお願いします。

２　腸内細菌検査及び虫卵検査は不要とします。