

様式第3号 (第2条関係)

健 康 診 断 書

氏 名			男・女	年 月 日生(満 歳)	
住 所					
身 長	cm		体 重	kg	
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 X P 所 見	間・透・直	
感 染 症	HB s 抗原 (- +) 細菌培養 (便)		HB s 抗体 (- +)		
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

※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。