

入院に際しての感染症に関する証明書

〔氏名〕 _____ 〔男・女〕

〔生年月日〕 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

〔住所〕 _____ 〔電話〕 - -

〔感染症〕 ・ MRSA : [有 (喀痰又は咽頭) ・ 無]

梅毒 : TPHA法定性 (陽性・陰性)

HBs抗原 : (陽性・陰性)

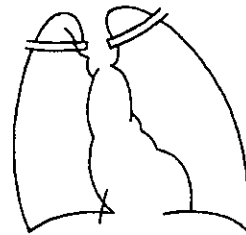
HCV抗体 : (陽性・陰性)

疥癬 : (有・無)

〔胸部X線 (直接・間接)〕

異常なし・異常有り

(所見)



(_____ 年 月 日撮影)

以上の事項について証明します。

年 月 日

住所 _____

医療機関 _____

医師 _____