

患者様受け入れにあたり、感染症のチェックをお願い致します。

記入日 平成 年 月 日

患者名		男	M・T・S	年	月	日生
		女			( )	歳

\*検査データの添付をお願い致します。(①～③は、貴院入院時のデータ可)

感 染 症	①HBs抗原		( - . + )
	検査日 年 月 日		
	②HCV抗体		( - . + )
	検査日 年 月 日		
	③梅毒	RPR法	( - . + )
		TPHA法	( - . + )
	検査日 年 月 日		
	④MRSA	喀痰	( - . + )
		検査日 年 月 日	
		尿	( - . + )
検査日 年 月 日			
褥瘡		( - . + )	
検査日 年 月 日			
⑤疥癬		( - . + )	
検査日 年 月 日			
⑥喀痰結核菌 塗抹or培養		( - . + )	
検査日 年 月 日			
血液型	ABO式	Rho(D)	/

特記すべき事項がございましたらご記入下さい。