

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 年 月 日

患者名	殿	男・女	M・T・S	年	月	日生
			() 歳			

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)		

※ 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で可)

特記すべき事項がございましたらご記入下さい。