健康状況証明書

　　住所

　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　(　　　　　年　　月　　日生)

　1　病名(主要症状)

　2　感染性疾患の有無

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ワッセルマン反応(－　±　＋　＋＋)

　　　無　　　　有　　　　　　　　　　　　　HBs抗原　　　　　(－　＋)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他

　3　訪問入浴の可否

　　　　　　　　　可　　　　否

　上記のとおり証明します。

年　　月　　日

医療機関名

医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名してください。記名押印でも可能です。）