

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

無 有

ワッセルマン反応(－ 土 + ++)
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。)