

年 月 日

保 健 所 担 当 者 様
医 療 機 関 担 当 者 様

社 会 福 祉 法 人 合 掌 苑
ア シ ス テ ッ ド ナ ー シ ン グ 鶴 の 苑

受診連絡票について（お願い）

ショートステイ申請のため、下記の受診結果が必要です。お手数ですが
下記受診連絡票をお願い致します。

記

受 診 連 絡 票		(受診年月日 年 月 日)		
受 診 者	氏 名		生年月日	年 月 日 生 歳
	住 所			
	1. 開放性結核 異常 (有 無) 2. 梅毒抗体検査 (定性) 異常 (有 無) (ただし、陽性の場合は定量検査を行うこと) 3. 胸部レントゲン検査 異常 (有 無) 4. B 型肝炎 異常 (有 無) 5. C 型肝炎 異常 (有 無) 6. MRSA 感染症 無 有 (部分) 7. 特記事項 { }			
医 師 所 見	ショートステイの利用は、(適当、不適當、要注意状態)である。 年 月 日 保健所又は医療機関名 医師 印			