

## 診 断 書（汚染血液事案用）

氏 名		負傷又は発病の年月日	
年 月 日生（ 歳）		年 月 日	
傷病名		初 診 日	
		年 月 日	
		療養見込期間（初診日から）	
		か月 週間 日間	
		（治ゆしている場合 治ゆ日 年 月 日）	
被災 職員 の 血 液 検 査 の 結 果	検査年月日	年 月 日	
	・ B型肝炎 （ HBS抗原 + / - ） ・ 後天性免疫不全 （ HBS抗体 + / - ） 症候群（HIV）（ ） ・ C型肝炎 （ HCV抗体 + / - ） ・ 梅 毒 （ ） ・ そ の 他 （ ）		
	※ 実施した検査の結果について、記入してください。		
	上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関の { 所在地 名 称 担当医師		

暴露した血液等の状況（被災職員等が記入してください。）

検 査 結 果	検査年月日	年 月 日	
	・ B型肝炎 （ HBS抗原 + / - ） ・ 後天性免疫不全 （ HBS抗体 + / - ） 症候群（HIV）（ ） ・ C型肝炎 （ HCV抗体 + / - ） ・ 梅 毒 （ ） ・ そ の 他 （ ）		
	※ 検査結果は既存の検査結果を添付しても構いません。		