

診 断 書

住 所 ○○市○○町○丁目○○番○号
氏 名 ○○ ○○

昭和○○年○○月○○日生 (○○歳)

病 名 **左第2指刺傷 (HCV 抗体陽性血液汚染)** …①

(初診日：平成○○年○○月○○日) …②

**今後、感染の有無について、1. 3. 6ヶ月後に検査を
行い経過観察を要する。** …③

①汚染の危険性が高いと判断された感染症名を記載してください。汚染の危険性が高い感染症がない場合は、経過観察は原則として認められません。

②初診日 及び 経過観察期間を必ず記入してもらってください。また、定期的な検査を要する場合は、その旨記載してください。

上記のとおり診断いたします。

平成○○年○○月○○日

○○市○○町○○番地

○○○○○○○病院

医師 ○○○ ○○○

