支部様式第18号

診　断　書（汚染血液事案用）

氏　名 年　　月　　日生（　　歳）	負傷又は発病の年月日 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　＋　／　－　） （　ＨＢＳ抗体　＋　／　－　） ・後天性免疫不全症候群（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　＋　／　－　） （　ＨＢＳ抗体　＋　／　－　） ・後天性免疫不全症候群（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。