施設　→　健診検査センター

（別紙４の２）

令和　　年　月　　日

函館市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設管理者職名および氏名）　印

入所（入居）予定者について

　下記の方は，当施設に入所を予定しており，函館市介護施設等新規入所者検査事業の対象者に該当していることを証します。

なお，やむを得ない理由により，入所までの間，当施設と同一の建物内において，（令和　年　月　日）から短期入所サービスを２週間（１４泊１５日）を超えて利用する見込みであるため，当該短期入所サービス利用開始日前の概ね２週間以内に受検するものです。

記

１　氏　　名

２　生年月日

　　明治・大正・昭和　　　　年　　月　　日（　　歳）

３　現在の住所または居住地

４　事業対象者の区分（該当する区分に〇）

（１）検査日現在で６５歳以上の者

（２）検査日現在で６５歳未満の者で基礎疾患を有する者

　　　基礎疾患名

ア　慢性閉塞性肺疾患・慢性腎臓病・糖尿病・高血圧・心血管疾患

肥満（ＢＭＩ ３０以上）

　　　イ　その他の基礎疾患（疾患名　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　※　基礎疾患が確認できる書類のコピーの添付をお願いします。