診断書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |

上記のものについて、次のとおり診断します。

１　結核　　　　　　　　　　ある　・　なし

２　感染性の皮膚疾患　　　　ある　・　なし

|  |  |
| --- | --- |
| 診断年月日 |  |
| 医療機関の名称 |  |
| 医療機関の所在地 |  |
| 医師氏名 | 印 |