

# 診 断 書

住 所

氏 名

昭和・平成 年 月 日 生

( 男 ・ 女 )

## 1 結 核

有 ・ 無

( )

## 2 皮 膚 疾 患

(伝染性膿痂疹，単純性疱疹頭部白癬，疥癬等の伝染性の皮膚疾患)

有 ・ 無

( )

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医 師

印

※様式見本です。この診断書用紙は見本となりますので，所定の診断書用紙のご用意がない場合に使用してください。