

# 診 断 書

氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
性別 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

- |             |   |   |
|-------------|---|---|
| 1. 結核       | 有 | 無 |
| 2. 伝染性皮肤病疾患 | 有 | 無 |

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

医師名

⑩