

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。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

医師名

⑩