

診 断 書

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日

上記の者について、次のとおり診断します。

1 結核性疾患

あり なし

2 感染性の皮膚疾患

(伝染性膿痂疹(トビヒ)、単純性疱疹、頭部白癬(シラクモ)、疥癬等)

あり なし

備考：

診断年月日	令和 年 月 日	
診 断 医 師	病院、診療所等 施 設 名	
	所 在 地	
	氏 名	