**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 |  |