**診断書**

住所

氏名

昭和・平成　　　年　　　月　　　日　生

１．結核　　　異常有り（　　　　　　） ・　異常無し

１．感染性の皮膚疾患 有　・　無

・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

・その他（　　　　　　）

１．その他伝染性疾病 有　・　無

・エボラ出血熱 ・クリミア・コンゴ出血熱

・マールブルグ病 ・ラッサ熱

・ジフテリア ・ペスト

・その他（　　　　　　）

上記のとおり診断します

　　　年　　　月　　　日

住所

医療機関名

医師　　　　　　　　　　　　　　印