

診 断 書

住 所

氏 名

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. その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病 有 ・ 無

上 記 の と お り 診 断 し ま す

年 月 日

住 所 _____

病院・診療所名 _____

医 師 _____ 印