**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

医療機関名

医　　　　師　　　　　　　　　　　　　　　　印