

# 診 断 書

住所

氏名

年 月 日生

上記の者について、次のとおり診断します。

項 目	診 断 結 果
結 核	
感染症の皮膚疾患 (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)	

令和 年 月 日

所在地

名 称

医師氏名

印