診　断　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 性　別 | 男　女 |
| 生年月日 |  | 年　齢 | 　　　才 |
| 上記の者は、結核、伝染性皮膚疾患に該当しないと診断します。 |
| 診　察　年　月　日 | 　　年　　月　　日 |
| 医師 | 施　設　名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 氏　　　名 | 　　　　　　　　　　　　 |