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 | |  | | |