

診 断 書

氏 名	男 女	生年月日 (和暦)	年 月 日
住 所			
結核性疾患、伝染性皮膚疾患〔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〕の現症を認めない。			
上記のとおり診断します。			
年 月 日			
所在地			
名 称			
医 師			
印			