

診 断 書

住 所
氏 名
生 年 月 日 年 月 日

- (病 名) (所 見)
- 1 結 核 性 疾 患
 - 2 皮 膚 疾 患
 - 3 そ の 他 伝 染 性 疾 患

上記のとおり診断する。

年 月 日

住所
医師
氏名 印