

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者について、次のとおり診断します。

診 断 項 目	所 見
結 核	
感染性皮膚疾患	

年 月 日

診療施設所在地

診療施設名

診断医師氏名

印