**診断書**

住所

氏名

昭和・平成　　　年　　　月　　　日　生

１．結核　　　異常有り（　　　　　　） ・　異常無し

１．感染性の皮膚疾患 　有　・　無

・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

・その他（　　　　　　）

１．その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病 　有　・　無

上記のとおり診断します

　　　年　　　月　　　日

住所

病院・診療所名

医師　　　　　　　　　　　　　　印