

## 診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日		年 齡		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 結 核</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> <p>2 皮膚疾患</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> <p>3 その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病</p>				
診断年月日	年 月 日	※詳細については別紙も可		
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称			
	所 在 地	Tel		
	氏 名	⑩		

\* 各項目について、該当する欄 (□) にチェック印 (☑) をつけてください。

2については、伝染性膿痂疹(トビヒ)、単純性疱疹、頭部白癬(シラクモ)、疥癬等の感染性の皮膚疾患がその対象となります。

3については、現在、指定された疾病はありません。