

# 診 断 書

氏 名		性 別	
生 年 月 日	昭 和 年 月 日	年 齡	歳
上記の者について、下記のとおり診断します。			
1 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
2 結核 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
3 伝染性皮膚疾患について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
特記事項			
診断年月日	平成 年 月 日		
医 師	病院、診療所等の名称	医社)〇〇クリニック	
	所 在 地	東京都渋谷区〇〇	
	氏 名	⑩	