様式第２号（第3条関係）

診断書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 国頭村字　　　　　　　　　番地 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　日（　　　　歳） |
| 胸部X線所見 | フィルムNO. |
| 検尿 | １　タンパク（　　　　）２　糖（　　　　）３ |
| 血圧 |  |
| 感染症皮膚疾患 |  |
| その他疾患及び所見 |  |

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

医療機関名

担当医師名