

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 昭・平 年 月 日生 (満 歳)

上記の者について、下記のとおり診断します。

結核、皮膚疾患、その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病ではないものと認めます。

令和 年 月 日

病院診療所の
所在地及び名称 _____

医 師 _____

①

※1 結核については、X線撮影による所見を加えても差し支えありません。

2 皮膚疾患は、「理容所及び美容所における衛生管理要領」（昭和 56 年環指第 95 号厚生省環境衛生局長通知，以下「衛生管理要領」という。）第三（管理）の 2（従業者の管理）の（1）イに基づき、感染性の皮膚疾患（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）をいいます。

3 その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾患は、現在のところの指定はありません。