

# 診 断 書

氏名

生年月日                      年                      月                      日生

上記の者は、新型インフルエンザ（疑いがある場合も含む）  
に罹患していることを診断します。

（加療期間                      ～                      まで）

年                      月                      日

病院又は診療所

の所在地、名称

医 師

Ⓜ