

診断書

病院名 _____
主治医 _____

[名前] _____	[生年月日] _____
[病歴] _____ _____ _____ _____	[既往歴] _____ _____ _____ _____
[血液検査]	
[結核] <有・無>	[MRSA] <有・無>
[B型肝炎] <有・無>	[C型肝炎] <有・無>
[梅毒] <有・無>	
[その他の問題点] 	

株式会社 You More Smile
TEL:(058)215-0216
FAX:(058)215-0217