

(No. 4 6)

結核性疾患精密検査証明書

住 所

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日 生

△ ツベルクリン反応検査

X

———— (－) (＋) (±) (●) (◎)

X

B C G接種(陰性または疑陽性の場合実施する)

▲ X線検査所見

直接撮影

▽ 試験検査

◇ 赤沈測定 1 時間 mm 2 時間 mm

◆ 喀痰検査 陰 性

陽 性 (ガフキー第 号)

▼ 判定及びその理由

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印