様式第２号（第７条関係）

<table>
<tr><td colspan="6">診　断　書（医師意見書）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">障害の原因となった傷病名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">現在症</td><td>結核性疾患</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>ＭＲＳＡ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>その他の伝染性疾患
（皮ふ疾患を含む。）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>その他の疾患</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">血圧</td><td colspan="4">最高　　mmHg　／　最低　　mmHg</td></tr>
<tr><td colspan="2">脈拍</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医師の意見</td><td colspan="4">(1)　入浴の可否
可　・　否
(2)　その他の指示・注意事項</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり診断します。
年　月　日
医療機関の住所
医療機関名
担当医氏名</td></tr>
</table>