

# 見本

## 診 断 書

住 所 ○○○○○

姓 名 ○○○○○

生 年 月 日 ○年○月○日 生

病 名 新型コロナ PCR 検査陰性

付 記

自費にてのコロナ PCR 検査目的で受診。唾液によるコロナ PCR 検査を施行し、検査結果は別紙の如く陰性であった。以下余白。

上記の通り診断します。

医療機関  
の所在地  
及び名称  
351-0102  
埼玉県和光市諏訪 1-2  
独立行政法人国立病院機構埼玉病院

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印