

HEALTH DEPARTMENT LETTER

I S R A E L • 1 9 4 9

N° 51089 ✓

מדינת ישראל
משרד הבריאות

הודעה אינדיווידואלית על מחלה מדבקת
טופס א'

ה חו לה: _____

שם המשפחה: _____

הכתובת בפלואה: _____

משלה היד, (אשר לילדים): בית הספר ומשלה יוד של האב) _____

דת ולאום: _____

ה מ ח ל ה: _____

האבחנה: _____

(במקרה של מלריה, לציין אם המקרה חדש או חוזר תוך רישום התאריך של ההתקפה הקודמת) _____

ממצא מעבדתי מפורט: _____

המעבדה שבה בוצעה הבדיקה: _____

תאריך התחלת המחלה: _____

ה ע ר ו ת: _____

מספר הגרים בדירת החולה: _____

מקור המחלה המשוער: _____

הערות אחרות: _____

ה ר ו פ א: _____

כתובת הרופא: _____

תאריך: _____

קבל הודעה זו כפי שסומן מעבר לזה והשלם את הכתובת ע"י הוספת שם העיר

Description: form letter from _____ posted from Tel Aviv in May 1949

Notes: pertaining to malaria test

Price: E



Health Department Letter

Checklist: _____

HEALTH DEPARTMENT LETTER

**I
S
R
A
E
L**

•

**1
9
5
5**