

# HEALTH DEPARTMENT LETTER

I  
S  
R  
A  
E  
L  
•  
1  
9  
4  
9

N<sup>o</sup> 51089 ✓

**מדינת ישראל**  
משרד הבריאות

**הודעה אינדיווידואלית על מחלה מדבקת**  
טופס א'

ה חו לה: \_\_\_\_\_

שם המשפחה \_\_\_\_\_ שם הפרטי \_\_\_\_\_

הכתובת במלואה \_\_\_\_\_ המין \_\_\_\_\_ הגיל \_\_\_\_\_

משלח הודעה (אשר לילדים): בית הספר ומשלח יודע של האב) \_\_\_\_\_

דת ולאום \_\_\_\_\_ ארץ הלידה \_\_\_\_\_ כמה שנים בארץ \_\_\_\_\_

*Malaria test.*

ה מחלה: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ האם קבל הרכבת חיסון ומתי \_\_\_\_\_

ה ערות: \_\_\_\_\_

מספר הגרים בבית החולה \_\_\_\_\_ בנייהם ילדים \_\_\_\_\_ מבוגרים \_\_\_\_\_ מס' החדרים בביתה \_\_\_\_\_

מקור המחלה המשוער \_\_\_\_\_

הערות אחרות \_\_\_\_\_

ה רופא: \_\_\_\_\_

כתובת הרופא \_\_\_\_\_ (שם הרופא ככתב כרוז או חתמת)

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הרופא \_\_\_\_\_

קבל הודעה זו כדי שסטטן מעבר לדרך 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**