# 簡　易　診　断　書

学　校　名

学年・組　　学年　　組

氏　　名

住　　所

（＊上記はご家庭でご記入ください）

上記の者は、（　　）にて　　月　　日　より当院で治療しています。

所　見

１．治療中のため、　　月　　日まで登校を禁止します。

２．治癒により　　月　　日より登校を許可します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医　師　名　　印