

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

醫師名 印