

茨城県立石下紫峰高等学校長 殿

## 受診報告書

〈生徒名〉 茨城県立石下紫峰高校

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 \_\_\_\_番 氏名 \_\_\_\_\_

〈症 状〉 \_\_\_\_\_

診察・診断を受けた病院及び受診日

〈病院名〉 \_\_\_\_\_

〈住 所〉 \_\_\_\_\_

〈電話番号〉 \_\_\_\_\_

〈受診日〉 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

上記の医療機関で受診し、診断を受けましたので報告します。

〈日 付〉 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

〈保護者名〉 \_\_\_\_\_ 印

〈 学校記入欄 〉

受診を証明する添付資料 (①患者名, ②日付, ③病院名 が判るもの)

処方箋

その他 ( \_\_\_\_\_ )

上記資料において受診報告内容を確認しました。

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 担任 \_\_\_\_\_ 印