

受診・治癒報告書

年 組 氏名 _____

医療機関を受診しましたところ、下記の通り診断されました。医師の指示のもと療養した結果、全治しましたので報告します。

(1) 病 名

(2) 医療機関名

(3) 療養期間（出席停止期間）

令和 年 月 日（ ） ～ 令和 年 月 日（ ）

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

* 受診日のわかる医療機関の領収書、薬の明細書等を添付してください。
(こちらでコピーをとってお返しします。) 診断書は不要です。
* 保健室へ提出してください。