

受診報告書【眼科】

日 本 大 学 明 誠 高 等 学 校	
年 組 番	氏名

〈担当医殿〉 以下にご記入願います。

	診断名
診 察 結 果	1．経過観察
	2．要治療
	3．その他（ ）
	今後の注意事項（学校生活における制限等）
	平成 年 月 日 医療機関名 医師名 _____ 印

※ 証明には文書料が発生する可能性があります。