

# 受診報告書

## 【栄養状態・内科・胸部レントゲン・整形外科】

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 察 結 果	診断名
	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。