

受診報告書【尿】

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	蛋白	糖	潜血
	1. 経過観察 2. 要治療 3. その他 ()			
	今後の注意事項（学校生活における運動等の制限） 強歩大会（約14km）の参加について 1. 問題なし 2. 一部制限あり () 3. 参加禁止 4. その他 ()			
	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。