

(参考様式)

医師の診断記録

※市町村名	記入年月日
	令和 年 月 日

医師氏名 _____

住 所 _____

電 話 _____ () _____

(記入押印又は署名のいずれかがかまいません)

フリガナ 子供の氏名	男 女
---------------	--------

1 診断名

2 入院又は療養の必要性

3 学校教育上で配慮すべき事項等

注 ※は市町村の教育委員会で記入します。