

寄宿舎受診報告書

令和 年 月 日

茨城県立水戸特別支援学校 殿

下記により、受診してきたので結果及び主治医の指示を報告させていただきます。

保護者氏名 _____

児童生徒名	部	年	組	氏 名	
病名(症状)					
医療機関名				主治医名	
受診結果及び主治医の指示(受診日:令和 年 月 日)					
服 薬	あ り (日分) な し				
次回受診日	あ り (月 日) な し				