

簡 易 診 断 書

学 校 名 つまこども園

学 年 ・ 組 _____ ぐみ

園 児 氏 名 _____

住 所 _____

* 上記はご家族でご記入ください。

上記の者は、（ _____ ）にて、 _____ 月 _____ 日
より当院で治療しています。

所 見

1. 治療中のため、 _____ 月 _____ 日まで登校（登園）を禁止します。
2. 治癒により、 _____ 月 _____ 日より登校（登園）を許可します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師 名 _____ 印