



診断書(生活習慣病、神経・精神障がい、特定疾患)

学 校 名	立 学校						
氏 名		職 名		男 女	生 年 月	昭和 年 月 日	歳
現 住 所							
病 名							
発病以来の 症状および 経 過					入院の有無 有 無		
現在の症状					1 現在治療を受けている 2 現在通院している 3 現在入院している		
特に問題と な る 点							
将来の見込							
備 考							

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

所 在 地
医療機関名
医 師 名

