県立八重山高等学校長

診　断　書

八重山高等学校　　　年　　　組　　　番　　　氏名

生年月日　　　平　成　　　年　　　月　　　日生まれ

【診断名】

【今後の留意点・配慮事項（座席・運動制限・プール制限等）】

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　印

ご高診ありがとうございました。学校での保健管理に役立てたいと思います。