

主治医 様

熊本県立阿蘇中央高等学校長

主治医の先生には日頃から生徒の健康管理についてお世話になっております。  
今後の指導の参考にしますので、お忙しいところお手数をおかけしますが、以下に御記入  
いただきますようよろしくお願いいたします。

## 診断結果通知書

年 組(科) 名前

1 初診年月日 令和 年 月 日

2 所 見 または 診 断 名

3 治療方針(薬処方等)

4 指導事項または学校への連絡事項

令和 年 月 日

医療機関名

主治医名

印

## 同意書

上記の件について、貴院が診療情報を学校側に通知することに同意いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名

印