

# 証 明 書

名前

上記の者は、下記疾患に罹患したため、下記の期間の安静を要することを証明します。

疾患名 ( )

期 間 月 日 ~ 月 日

令和 年 月 日

医療機関

医師名

印

# 証 明 書

名前 \_\_\_\_\_ ( 年 H) \_\_\_\_\_

上記の者についての検診結果は次のとおりです。

診断名 【 \_\_\_\_\_ 】

医 療            1 不要            2 要医療            3 要観察

学校における生活規制

                  1 不要            2 必要

特にしてはいけない運動  
・水泳            ・持久走  
・その他

特記事項

令和            年            月            日

医療機関名

医師名

印