

「受診結果報告書」

神奈川県立衛生看護専門学校

学 科 名 _____

学籍番号 _____

氏 名 _____

1. 診察の結果、登校（病院実習なども含む）に支障が
ありません。

2. ≪検査をした場合≫

検査日時・結果

年 月 日（午前・午後） 時 分

結果 _____

年 月 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印