

# 疾病状況報告書

平成 年 月 日

学校法人 泉北成晃学院  
成晃ひかり幼稚園  
成晃ひかり保育園 園長 殿

プール期間中、下記の疾病において医療機関に受診したことを、お知らせ致します。

くみ 園児名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

## 医療機関 記入欄

かかった疾病	
受診日	平成 年 月 日
プール入水について	平成 年 月 日から 入水 可
受診した病院名	
担当医師・印	