

主治医受診結果連絡票

児童氏名			
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
受診日	年 月 日		
医療機関名			
医師名			
医師からの 指示事項			
<p>検査を受けた場合は□にチェックを入れ、()内に結果をご記入ください</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 脳波検査 ()</p> <p><input type="checkbox"/> レントゲン ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他の検査 ()</p>			
<p>投薬の状況※変更ありの場合は変更内容を()内にご記入ください</p> <p><input type="checkbox"/> 変更なし</p> <p><input type="checkbox"/> 変更あり ()</p>			
その他特記事項			
次回受診予定日	年 月 日		