

## 様式6

## 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			
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			
<input type="checkbox"/> 血液検査 ( ) <input type="checkbox"/> 脳波検査 ( ) <input type="checkbox"/> レントゲン ( ) <input type="checkbox"/> その他の検査 ( )			
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			
<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり ( )			
その他特記事項			
次回受診予定日	年    月    日		