

第10号様式

年 月 日

(保育所等名)  
(施設長名) 様

保護者名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

### 医師受診結果連絡票

医師受診結果連絡票を下記のとおり提出します。

児 童 名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
受 診 日	年 月 日					
医療機関 ・病院名				医師名		
医 師 か ら の 指 示 事 項	(保育所等での留意事項、行事への参加等について御記入ください。)					
検査を受けた場合は、結果等について項目に☑の上、御記入ください。						
<input type="checkbox"/> 血 液 検 査						
<input type="checkbox"/> 脳 波 検 査						
<input type="checkbox"/> レントゲン検査						
<input type="checkbox"/> その他の検査						
与薬の状況について項目に☑の上、御記入ください。						
<input type="checkbox"/> 変 更 な し						
<input type="checkbox"/> 変 更 あ り	(変更内容)					
次回受診予定日	年 月 日					