第14号様式

　　　年　　月　　日

　保育施設長　　　　　　　　　　様

保護者名

住　　所

連絡先

主治医受診結果報告書

受診結果報告書を提出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | | 男 女 | 年齢 | | 歳 | 生年  月日 | | 年  　　月　　　日生 |
| 受診日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 医療機関名(病院名) |  | | | | 医師名 | | |  | |
| 主治医  からの  指示内容 | （保育施設での留意事項、行事への参加等について記入ください。） | | | | | | | | |
| 検査を受けた場合は、結果等について項目に☑を付し、記入ください。 | | | | | | | | | |
| □　血液検査 | |  | | | | | | | |
| □　脳波検査 | |  | | | | | | | |
| □　レントゲン検査 | |  | | | | | | | |
| □　その他の検査 | |  | | | | | | | |
| 与薬の状況について項目に☑を付し、記入ください。 | | | | | | | | | |
| □　変更なし | |  | | | | | | | |
| □　変更あり | | （変更内容） | | | | | | | |
| 次回受診予定日 | |  | | | | | | | |