

児童・生徒の生活習慣病予防健診精密検査受診票

受診者 氏名	フリガナ	性別	生年月日		
		男・女	平成	年	月 日生 (歳)
居住地	別府市 電話				
令和5年 月 日受診の児童・生徒の生活習慣病予防健診において の為 精密検査をお願いいたします。 令和 年 月 日 医療機関の長 殿 別府市医師会長 岡田 豊和					
所見又は 必要な処置	1 異常なし 2 要観察 (病名) 3 要治療 (病名) 令和 年 月 日 担当医師氏名 印				
	令和 年 月 日 別府市医師会長 岡田 豊和 宛 医療機関の住所 名称 氏名 印				