

児童・生徒の生活習慣病予防健診婦人科受診票
(小学4年生・中学2年生の健康チェック)

| | | | |
|--|----------------------|-----|--------------------|
| 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 | 電話 | | |
| <p>令和5年 月 日受診の児童・生徒の生活習慣病予防健診の婦人科の問診について 日常生活に支障があると答えていた為、診察をお願いいたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の長 殿</p> <p>別府市医師会長 岡田 豊和</p> | | | |
| 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 | | |
| <p>令和 年 月 日</p> <p>別府市医師会長 岡田 豊和 宛</p> <p>医療機関の住所 名称 氏名 印</p> | | | |