様式第4号

**１か月児健康診査 精密検査依頼票**

　 令和　　年　 　月　 　日

　　　　　　　　　　　　　　　御中

所在地

医療機関名

開設者名

　次のお子さんの精密検査を依頼します。

　なお、現在の健診状況は下記のとおりですので、よろしくお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 児の |  |
| （性別）　男　・　女 生年月日　令和　　 年　　 月　　 日 |
| 保護者の氏名 |  |
| 保護者現住所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　電話　　　　 －　　　　－ |
| 他の連絡先 | 電話　　　　 －　　　　－ |
| 精密検査を要する内容 | ※該当する項目に○を付けて、詳細を御記入ください。  １　X線検査（心臓・血管・脊椎・呼吸器・その他（　　　　　　））  ２　心電図  ３　血液検査  ４　聴力検査  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＜詳細＞ |
| 担当医師（主治医） |  |
| 備　考　欄 |  |