様式第5号

**１か月児健康診査 精密検査結果票**

　 令和 　　年　 　月　 　日

　　　　　　小野町長　　様

　 所在地

医療機関名

開設者名

　次の児の精密検査結果を報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児の |  | |
| （性別）　男　・　女 生年月日　令和　　　 年　　 月　　 日 | |
| 出生医療機関 |  | |
| 保護者の氏名 |  | 生年月日　　　　　年 　　月 　　日 |
| 現　住　所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　電話　　　　 －　　　　－ | |
| 精密検査の内容 |  | |
| 検査の結果 | 1. 異常なし 2. 要経過観察 3. 要治療及び今後の方針   （診断名等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 市町村への依頼事項 |  | |
| 担当医師（主治医） |  | |
| 備考欄 | | |
| ※記載いただきましたら、住所地の市町村へ送付してください。 | | |