

福祉事務所受理

印

堺市 保健福祉総合センター所長

検 診 書

検査を受ける者の
居住地及び氏名

歳

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

院 (所) 長

担当医師

上記の者に対する検診結果は下記のとおりであります。

1 傷病名

2 病 状

3 診療の要否、診療の方法等に関する意見

※地区担当員

記事

※福祉事務所 保健福祉総合センター

嘱託医意見

(注 意)

この検診書は、福祉事務所長あて直接送付して下さい。

問い合わせ先

担当員