

紹 介 状

年 月 日

(医療機関名)

京都市

区役所・支所子どもはぐくみ室
出張所

様

医師

平素は、本市の保健福祉行政に御協力いただきましてありがとうございます。
当区役所・支所子どもはぐくみ室（又は京北出張所）へ健康相談に来られました
さんを御紹介申し上げます。

医療（検診を含む）につきまして、何分よろしくお願ひいたします。

なお、検診結果につきまして、御多忙中恐れ入りますが、下記検診結果通知書を当区役所・支所
子どもはぐくみ室（又は京北出張所）へ送付いただきますようお願い申し上げます。

所 見

切 り と り

検 診 結 果 通 知 書

年 月 日

住 所

患者氏名

生年月日 年 月 日

診 断 名

今後の治療方針

その他御意見

医療機関名

【送付先】

京都市

(住所)

(連絡先)

区役所・支所子どもはぐくみ室
出張所