（第3号様式）

患　者　連　絡　票

年　　月　　日

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。
御多忙中恐れ入りますが，　　さんの保健指導のために必要ですので，
現状と経過，今後の御指示を御記入のうえ，返送してくださいますようお願いいたします。
なお，この連絡については，保護者の同意を得ております。

ふりがな 氏　名		住　所	
生年月日			
最近の状況 担当者氏名			

受　診	年　　月　　日	診断名	
所見ならびに経過 今後の指導方針 医　療　面 日常生活面			
主治医氏名 年　　月　　日			

【送付先】
京都市　　区役所・支所子どもはぐくみ室
出張所
（住所）

（連絡先）