

# 1 か月児健康診査 精密検査依頼票兼結果票

令和 年 月 日

医療機関の長 様( 科 担当医 様 )

所在地

医療機関名

代表者

氏 名	男・女	保 護 者 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日	電 話 番 号	
住 所	福島市		
検 査 依 頼 内 容	※該当する項目に○を付けて、詳細をご記入ください。 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>		
	医師氏名 _____		

# 1 か月児健康診査 精密検査結果票

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: )		
福島市への連絡事項			
受診年月日	年 月 日	担当医師名	
令和 年 月 日			
福島市長			
	医療機関の長	住所	
	氏名		

※記載いただきましたら、住所地の福島市へ送付くださいますようお願いいたします。

担当:福島市こども家庭課母子保健係  
Tel 024-525-7671