受診結果連絡票　あじさい療育支援センター

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診年月日　　年　　月　　日（　　）
医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
診療科目＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当医名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊定期受診の方は、３．からご記入ください。
＊定期受診以外で受診した場合は、１．２．についてもご記入ください。

1.　受診の理由

2.　診断名

3. 内容（指示・注意事項・検査・訓練・使用した補助具・相談等）

4. 変更事項（薬等）

※ 次回予約　　年　　月　　日（　　）　時間　　：　　～

報告者氏名：　　（続柄：　　）