

市町村への連絡票

平成 年 月 日

市町村 母子保健主管課長 様

次のとおり、胆道閉鎖症の精密検査について連絡します。

保護者	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	
	電話番号	
	ふりがな	
	児 の 氏 名	
	児 の 生 年 月 日	平成 年 月 日
	現 在 滞 在 地	
	電 話 番 号	
	便色カード番号	1 2 3 3か4
	紹介した精密検査 医 療 機 関	
	精検機関との調整	1. 日程含め調整済 (精密検査予定年月日:平成 年 月 日) 2. 要調整
	その他連絡事項	

保護者の欄には、自宅の住所などを記載願います。

現在滞在地及び電話番号欄は、現在の連絡先を記載願います。

便色カード番号欄は、いずれかを○でかこんでください。

医療機関名及び主治医氏名	
連絡先電話番号	(内線)

(医療機関→保護者→所管市町村用)