

年 月 日

医療機関 _____

所在地 _____

TEL _____

FAX _____

医師名 _____

診 療 情 報 書

(依頼会員記入欄)

子どもの名前		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)		
住 所			
保 護 者 名		TEL	

(医療機関記入欄)

病状・症状	
気をつけておくこと	
そ の 他	

※援助会員は、投薬はいたしません。