

受診結果報告書

様の受診結果について以下の通り報告いたします。

会員番号 T -

提供会員名

受診日時	年 月 日	午前・午後	時 分
医療機関名		医師名	

(該当するものにチェック)

診断名 (症状・病状)	<input type="checkbox"/> 感冒	<input type="checkbox"/> 咽頭炎
	<input type="checkbox"/> 扁桃炎	<input type="checkbox"/> 気管支炎
	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎	<input type="checkbox"/> 消化不良症
	<input type="checkbox"/> 嘔吐下痢症	<input type="checkbox"/> 自家中毒症
	<input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎	<input type="checkbox"/> 結膜炎
	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ）	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症
	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病）
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 麻疹
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 百日咳
	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> インフルエンザ
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/>
	病名不明のとき	
	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 喘鳴
	<input type="checkbox"/> 発疹	<input type="checkbox"/> その他（ ）
処 置		
薬 の 処 方	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
安 静 度	<input type="checkbox"/> 寝かせておくこと	<input type="checkbox"/> 室内で安静にしていればいい
提 供 会 員 預 か り	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
そ の 他 (注意・指導など)		
次 回 受 診 日	_____ 日後	

提供会員 → 依頼会員