

回 答 書

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター担当医師あて

医療機関名

住所

TEL

主治医氏名：

次のとおり、回答します。

氏名	男・女	生年 月日	年 月 日	住所	
----	-----	----------	-------	----	--

【診断及び今後の方針】

[illegible]