

家庭医生出具的报告 /*REPORT BY FAMILY DOCTOR*

诊断 /*DIAGNOSIS*:

治疗措施 /*TREATMENT*:

复诊日期 /*DATE OF FOLLOW-UP VISIT*: _____

医生签名 /*DOCTOR'S SIGNATURE*

日期 /*DATE SIGNED*

医生姓名（正楷） /*DOCTOR'S PRINTED NAME*

电话号码 /*PHONE NUMBER*

家长 / 监护人出具的报告 /*REPORT BY PARENT/GUARDIAN*

家长签名 /*PARENT'S SIGNATURE*

日期 /*DATE SIGNED*

如欲了解更多有关教育局的中文信息及文件的中文版本，请上网至：www.philasd.org/language/chinese 查询