医療的ケア用　　令和４年４月１日改定

受診結果連絡票

藤枝特別支援学校

※朝の健康観察時に看護師室へ提出

小・中・高　　年　　組　　氏名

◆受診日　　年　　月　　日

◆受診先　（　）藤枝市立総合病院　　（　）焼津市立病院
（　）島田市立総合医療センター　　（　）静岡県立こども病院
（　）てんかん・神経医療センター　　（　）静岡済生会療育センター令和
（　）その他　医療機関名［　　］

担当　　科　　先生

◆受診内容　（あてはまるものすべてに〇をつけてください）
（　）定期的な経過観察
（　）体調不良 → どのような？［　　］
（　）訓練→何の？［ ＰＴ・ＯＴ・ＳＴ・　　］
（　）検査→何の？［ 脳波・血液・尿・心電図・発達・知能・　　］
（　）その他［　　］

◆医師からの指示事項、変更事項（いつから、期間）

◆薬の変更　（　あり　・　なし　）　※薬の説明書があれば添付してください。

◆次回の受診日　　年　　月　　日

◆主治医の了承を得ています。　　年　　月　　日　　保護者氏名

（学校記入欄）※医療的ケアの内容変更がない場合は記入不要

１．受診結果連絡票受取日	年　　月　　日	
２．変更内容 該当項目〇をつける	①	薬　・　注入量　・　胃ろうボタンの大きさ、種類　・チューブの太さ
	②	その他（　　）
上記の変更内容について、保護者・自立活動教諭・看護師・教員で確認しました。　　年　　月　　日		

※ 変更内容が①の場合は、マニュアルに変更内容（どのように変更したか）と変更日を記載する。
※ 変更内容が②その他（手順の変更や個別の案件に関わること）については、校内で対応を検討する。
※ 医療的ケアの内容変更があった場合は、学校記入欄を記入後、コピーを保護者に渡す。