

受診結果連絡票

藤枝特別支援学校

小・中・高 年 組 氏名

* 受診日 令和 年 月 日

- * 受診先 () 藤枝市立総合病院 () 静岡県立こども病院
() 焼津市立総合病院 () 静岡県立こころの医療センター
() 島田市立総合医療センター () 静岡てんかん・神経医療センター
() 榛原総合病院 () 静岡済生会療育センター令和
() リバティこどもクリニック
() その他 医療機関名[]

担当 科 医師・先生

* 受診内容 (あてはまるものすべてにO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・発達・知能・血液・尿・心電図・]
() その他 []

* 医師からの指示事項

[]

* 薬について

- () 新たな薬の処方あり
() 薬の変更あり
() 薬の中止・終了
() 薬の変更なし、継続
() 特になし

[]

※新たな処方や内容の変更があった場合は、薬の説明書(写し)を添付して下さい

* 次回受診日 令和 年 月 日