

受診結果の記入について(お願い)

特別支援学校では、健康管理が教育の重要な部分を占めています。そのためには、保護者や医療機関と連携をとり、お子さんの症状をできるだけ正確に把握したいと思います。

については、受診の結果についての記入に御協力くださるよう、よろしくお願いいたします。

提出日 令和 年 月 日

..... き り と り

受診結果連絡票

小・中・高 年 組 児童生徒氏名

受診日	令和 年 月 日 (一度受診)
	次回受診予定日 令和 年 月 日
受診先	医療機関名
受診理由	() 経過観察 () 体調不良 () 検査 その他 ()
検査内容	あてはまるものに○をつけ、結果が出ていたら、記入してください。 ()血液検査・・・ ()脳波検査・・・ ()心電図検査・・・ ()レントゲン検査・・・ その他
主治医からの指示・留意事項など	
運動制限	水泳 (可 ・ 否 ・ 条件付可:) 持久走 (可 ・ 否 ・ 条件付可:) その他体育 (可 ・ 否 ・ 条件付可:)
投薬の有無	(あり ・ なし) ※投薬の追加・変更がある場合には、お薬の説明書のコピーを添付してください。

記入後担任へ提出してください。

担任→学年主任→学部主事→保健室(保管)