

受診結果連絡票

吉田特別支援学校 駿遠分教室 保健室

小・中・年 氏名 \_\_\_\_\_ 記入者氏名 \_\_\_\_\_

\*受診日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

\*受診先

- 藤枝市立総合病院  こども病院  てんかん・神経医療センター
- 焼津市立総合病院  こころの医療センター  静岡済生会療育センター令和
- 島田市立総合医療センター  高木医院  あらなみ皮膚科  伊藤皮膚科
- 榛原総合病院  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○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

|  |
|--|
|  |
|--|

\*薬の変更 (あり・なし)

薬の変更の有無に関係なく、今回、処方された薬の説明書を添付して下さい

|   |
|---|
| 薬の変更(薬の種類や、薬の量、服薬回数などの変更)がある場合は、変更内容を書いてください。薬の説明書に、変更点を朱書きして下さってもいいです。 |
|---|

※次回の受診日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 予約時刻 \_\_\_\_\_ :

次回受診時 本人同行予定 ・ 本人同行なし