

受診結果連絡票

保護者→担任→保健室

藤枝特別支援学校焼津分校 保健室

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 () ころの医療センター
() 島田市立総合医療センター () 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
() 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)

- () 定期通院→何の? []
() 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

--

*薬の処方 (あり ・ なし) *以前との薬の変更 (あり ・ なし)

※薬の説明書があれば添付してください

薬品名と効能を記入して下さい。

例：ピオフェルミン（下痢・便秘などの消化器症状を改善する薬）

*次回受診 令和 年 月 日

*学校に伝えておきたいこと等（空いているところへ記入）