

受診結果連絡票

吉田特別支援学校 保健室

小・中・高 年 組 氏名 _____

*受診日 令和____年____月____日

- *受診先
- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 藤枝市立総合病院 | <input type="checkbox"/> こども病院 |
| <input type="checkbox"/> 焼津市立総合病院 | <input type="checkbox"/> こころの医療センター |
| <input type="checkbox"/> 島田市民病院 | <input type="checkbox"/> てんかん・神経医療センター |
| <input type="checkbox"/> 榛原総合病院 | <input type="checkbox"/> 静岡済生会療育センター令和 |
| <input type="checkbox"/> 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)

※薬の説明書を添付して下さい

↓

変更内容 (薬を変更 ・ 中止 ・ 開始 ・ 増量 ・ 減量)

詳細は説明書を参照

*次回受診日 令和____年____月____日