

受診結果連絡票

浜松視覚特別支援学校

必要な事項に○または記入をお願いします

幼 小 中 普 専 年 ・ 歳 名前	
受診日	年 月 日 ()
病 院 名	() 内科 () 小児科 () 眼科 () () 耳鼻科 () 外科 () 整形外科 () () 循環器科 () 泌尿器科 () 消化器科 () その他 []
受診内容	() 定期的な経過観察 () 訓練 → [PT OT ST] () 検査 → [脳波 発達 血液 心電図] () その他 []
医師からの 指示事項	
眼科の場合 視機能検査結果	視力 右 () ・ 左 () 視野 変化 (あり ・ なし) ※視野表がありましたら添付してください
薬の変更	変更 (あり ・ なし) ※変更がある場合、薬の説明書を添付してください 【変更内容】
次回受診日	年 月 日 () 病院名 ()

保護者 → 担任 → 保健室