浜松特別支援学校
（保健室）

定期受診結果連絡票

必要な事項に〇または記入し、担任へ提出をお願いします。

小　中　高　　年　　組　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診日	令和　　年　　月　　日
医療機関名	病院　　科
受診理由	（　）てんかん　（　）心臓　（　）腎臓　（　）糖尿病 （　）ぜん息　（　）側弯　（　）精神　（　）心理 （　）リハビリ　（　）眼【病名　　】 （　）耳【病名　　】 （　）その他【　　】
受診内容	（　）定期的な経過観察 （　）検査　→　【　脳波　発達　血液　心電図　】 （　）訓練　→　【　ＰＴ　ＯＴ　ＳＴ　　】 （　）その他【　　】 ※検査結果等ありましたら、結果の写しを添付してください。
主治医からの指示事項	
薬の変更	（　）なし （　）あり　※変更がある場合は、お薬の説明書の写しを添付しください。 【変更内容】
次回受診日	令和　　年　　月　　日 【登校について】 遅刻　・　早退　・　欠席　・　通常どおり（遅刻・早退なし）

担任 → 学年主任 → 学部主事 → 保健室（保管）