

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
() 棚原総合病院 () 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くださってもいいです。

※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