

*健康面の記録にします。受診された場合は、この連絡票で様子をお知らせください。

受診結果連絡票

静岡聴覚特別支援学校 保健室

小・中 年 氏 名

受 診 日 令和 年 月 日

受 診 先 () 静岡県立総合病院 () こども病院
() 静岡医療福祉センター () 島田市立総合医療センター
() 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○を付けてください）

- () 定期的な経過観察
() 体調不良 状態は？ []
() 訓 練 何の？ [P T ・ O T ・ S T ・ 担当者名]
() 検 査 何の？ [聴力・視力・脳波・発達・血液・尿・心電図・]
() そ の 他 []

検査結果

--

医師から指示内容 *学校での配慮や活動に生かせることなどお書きください。

--

薬の変更 (あり ・ なし) ※薬の説明書を添付してください

変更内容・量・時間

--

次回受診予定日 令和 年 月 日