

受診結果連絡票

富士特別支援学校富士宮分校 保健室

年 組 氏名

*受診日 令和 年 月 日

*受診先 () 富士市立中央病院 () 富士宮市立病院
 () 静岡県立こども病院 () こころの医療センター
 () 富士脳障害研究所 () てんかん・神経医療センター
 () 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○をつけてください)

() 定期通院 → 何の? []
 () 体調不良 → どのような? []
 () 訓練 → 何の? []
 () 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

*薬の処方 (あり ・ なし) *以前の薬から変更 (あり ・ なし)

※薬の説明書があれば添付してください

薬品名と効能を記入してください。 例: カロナール(痛みを取る。熱を下げる薬。)

*次回受診(あり ・ なし) → 令和 年 月 日

*学校に伝えておきたいことなど(空いているところへ記入)してください。)