

保護者 → 担任 → 保健室

受診結果連絡票

※病院を受診された場合は、この連絡票で様子をお知らせください。

伊豆の国特別支援学校

伊豆松崎分校 保健室

高等部	年	氏名
-----	---	----

受診日 令和 年 月 日

先診受

受診先 () 伊豆医療福祉センター () 静岡県立こども病院
() 静岡てんかん神経医療センター () 佐倉医院
() 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○を付けてください）

() 定期的な経過観察

() 体調不良 状態は？【

() 訓練 【PT ・ OT ・ ST 担当者名：

() 檢 查 【腦波・發達・血液・尿・心電図・視力・聴力・

() その他 【

検査結果

--

医師からの指示内容・訓練の内容等 ※学校での配慮や活動に生かせることなど

--

薬の処方・変更 (あり・なし) ※薬の変更があった場合は説明書を添付してください

【注意事項など】

【注意事項など】

次回受診予定日 令和 年 月 日