

## 受診結果連絡票

吉田特別支援学校 保健室

小・中・高 年 組 氏名 \_\_\_\_\_

\*受診日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

- \*受診先
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 藤枝市立総合病院<br><input type="checkbox"/> 焼津市立総合病院<br><input type="checkbox"/> 島田市立総合医療センター<br><input type="checkbox"/> 榛原総合病院<br><input type="checkbox"/> 市立御前崎総合病院<br><input type="checkbox"/> その他 医療機関名[ | <input type="checkbox"/> こども病院<br><input type="checkbox"/> こころの医療センター<br><input type="checkbox"/> てんかん・神経医療センター<br><input type="checkbox"/> 静岡済生会療育センター令和       ] |
|---|---|

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 )

※薬の説明書を添付して下さい

↓

変更内容 ( 薬を変更 ・ 中止 ・ 開始 ・ 増量 ・ 減量 )

詳細は説明書を参照

\*次回受診日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日