

受診記録票

※医療機関を受診された場合は、この記録票に記入して様子をお知らせください。

伊豆の国特別支援学校
伊豆下田分校 保健室

小・中 学部 年 氏名

受診日 令和 年 月 日

次回受診予定日 令和 年 月 日

受診先

() 下田メディカルセンター () 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
() その他：医療機関名
受診科： 担当： 先生

受診内容

() 体調不良 状態→【
() 定期的な経過観察
() 訓練 【 PT ・ OT ・ ST 担当者名：
() 検査 【 脳波 ・ 発達 ・ 血液 ・ 尿 ・ 心電図 ・ 視力 ・ 聴力
() その他 【

検査結果 ※検査結果用紙を御提出いただける方は添付してください

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（あり・なし）・薬の変更（あり・なし）

【処方内容・変更内容】

