

受診訓練結果連絡票の記入について(お願い)

本校では、幼児児童生徒の適切な健康管理のため、保護者・保証人、医療機関と連携をとり、幼児児童生徒の健康状態をできるだけ正確に把握したいと思っております。ついでには、「受診訓練結果連絡票」の御記入をお願いします。

受診訓練結果連絡票

幼 小 中 高 年 氏 名	
受診日	年 月 日 () * 定期通院の場合 () に一度の受診) 次回受診予定日 年 月 日
受診先	医療機関名 病院・医院 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 症状は() () 訓練 訓練内容は (PT・OT・ST・) 担当者は () 検査 検査内容は (視力・聴力・脳波・発達・血液) *眼科の場合は、下欄の御記入ください。 () その他()
検査結果	
医師の指示・留意事項等	
眼科の場合 視機能検査 結果	視力 右 (矯正)・左 (矯正) 視野 変化(あり・なし) 視野表がありましたら添付してください。
薬の変更	変更 (あり・なし) 変更内容 () *変更がある場合は、薬の説明書を添付してください。

受診訓練結果連絡票の記入について(お願い)

本校では、幼児児童生徒の適切な健康管理のため、保護者・保証人、医療機関と連携をとり、幼児児童生徒の健康状態をできるだけ正確に把握したいと思います。ついでには、「受診訓練結果連絡票」の御記入をよろしくお願ひします。

受診訓練結果連絡票

幼 小 中 高 年 氏 名				
日・曜日	受診機関・科	内容	次回受診日	指示事項等
/ ()		定期通院 PT・OT・ST その他 ()		
/ ()		定期通院 PT・OT・ST その他 ()		
/ ()		定期通院 PT・OT・ST その他 ()		
/ ()		定期通院 PT・OT・ST その他 ()		
/ ()		定期通院 PT・OT・ST その他 ()		
/ ()		定期通院 PT・OT・ST その他 ()		