

【通院カード】 県立水戸飯富特別支援学校

※歯科定期通院・訓練は学期に1回程度、
まとめてお知らせください。

部・年組	小・中・高 年 組	氏 名	
病院名・主治医名		受 診 日	年 月 日
受診した科	小児科 内科 歯科 耳鼻科 眼科 皮膚科 神経科 外科 整形外科 その他 ()		
受診の目的	1. 定期通院 (前回の受診日 年 月 日) 2. 病 気 () 3. け が () 4. 訓 練 (作業療法 ・ 理学療法 ・ 言語療法 ・ 摂食指導) 5. そ の 他 ()		
検 査 (有 ・ 無)	検査項目	1. 血液検査 2. 脳波検査 3. その他の検査 ()	
	検査結果	※結果が後日の場合は、わかり次第ご連絡ください。	
薬 の 処 方 (有 ・ 無) <u>※薬の処方や変更がある場合は、説明書も添付してください</u>	定期服薬	1. 変更なし 2. 変更あり (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ その他) (増量 ・ 減量 ・ 追加 ・ 薬の変更) [変更の理由 :] [変更の内容 :]	
	その他の薬		
医師への相談内容 や医師からの指示 内容等 ・日常生活の注意事項 ・その他学校へ知らせ ておきたいこと など			
次回受診日	1. 治療完了 2. 治療継続 (次回 年 月 日通院予定)		

※検査を受けた場合は、同じ用紙に検査結果を記入して提出してください。

保護者 → 担任 → 保健室