

通院カード

県立内原特別支援学校

学部・学年	小・中・高 年	児童生徒氏名	
通院日	令和 年 月 日 ()		
病院名 ○をつけてください	・ 県立こども病院 ・ 水戸済生会総合病院 ・ 愛正会記念茨城医療福祉センター ・ 水戸口腔センター ・ その他 ()		
診療科 ○をつけてください	小児科 () ・ 内科 ・ 外科 () 神経科 ・ 耳鼻科 ・ 皮膚科 ・ 眼科 ・ 整形外科 ・ 歯科 その他 ()		
通院の目的 ○をつけてください	・ 定期通院 ・ 訓練 (PT (理学療法) ・ OT (作業療法) ・ ST (言語療法) ・ 摂食指導) ・ その他 ()		
検査の有無 (有・無) ○をつけてください	検査項目	・ 血液検査 ・ 脳波検査 ・ その他 ()	
	検査結果		
薬の処方 (有・無) ○をつけてください	・ 服薬の変更なし ・ 服薬の変更あり (増量・減量・薬の変更等) → お薬の説明書のコピーをご提出ください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 変更内容をご記入ください。 </div> ● 日中の服薬が必要な場合は、服薬依頼書 (長期・臨時) も併せてご提出ください。 ● 服薬の変更があった場合、服薬依頼書 (災害時用) と預かっているお薬の変更をお願いしますので、担任をとおしてご連絡いたします。		
診察内容	医師に相談したこと、医師から言われたこと、診断名、日常生活で注意すること、運動制限、訓練内容 等		
次回の予定等	・ 受診終了 ・ 受診継続 (次回通院予定 年 月 日) 欠席・早退・遅刻 (時 分ごろ)		
その他	担任に知らせたいこと等		

※健康診断時、学校医に通院カードの内容を公開してもよろしいでしょうか。 了承する 了承しない

保護者 → 担任 → 主事 → 保健室