**通院カード**　　県立内原特別支援学校

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。  変更内容をご記入ください。  ●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 | | | |

保護者　→　□担任　→　□主事　→　保健室

※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