

# 通院カード

群馬県立吾妻特別支援学校

学部・年	小・中・高	年	氏名	
病院名		受診日	令和 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 精神科 心療内科 脳神経外科 外科 整形外科 その他【 】			
受診の目的	1. 定期通院 2. 病 気 【 症状： 】 3. け が 【 症状： 】 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. 発達検査 4. その他の検査【 】		
	検査結果	検査結果の用紙があれば添付していただいてもかまいません。(コピーをとって返却いたします)		
薬の処方 (有・無)  ※記入しにくい場合は、 お薬の説明書を添付し ていただければ記入は 不要です。	定期服薬	1. 変更なし 2. 変更あり 【 増量・減量・別の薬に変更・追加 】 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  ・日常生活上の注意事項 ・学校へ知らせておきた いこと 等				
次回受診予定日	令和	年	月	日 ( ) 時 分～

保護者 → 担任 → 学部主事 → 保健室