**通　院　カ　ー　ド**

　茨城県立北茨城特別支援学校

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部・学年 |  | 児童・生徒氏名 |  |
| 病　院　名 |  | 通　院　日 | 令和　　年　　　月　　　日 |
| 受診した科 | 　神経科　内科　小児科　外科　歯科　耳鼻科　眼科　皮膚科　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受診の目的 | １　定期検診（前回の受診日　　令和　　年　　　月　　　日）２　かぜのため３　けがのため（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）４　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　 |  |
| 薬の処方（有 ・ 無） | 定期服用薬 | 変更なし変更あり（　増量　　減量　　薬剤の変更　） |
| 変更後の薬の処方箋 |  |
| その他の薬 |  |
| 医者に相談したこと医者から言われたこと（診断名・日常生活で注意する事・運動制限・その他） |  |
| 治ゆ状況・次回予定等 | １　治療完了２　治療継続　　　次回通院予定日　　　令和　　年　　　月　　　日 |
| 短期通院の場会は、病気が治るまでの経過など記入その他学校への連絡等 |  |

**【お願い】**

①　学校での服薬がある場合は、様式１「服薬依頼書」と「薬剤情報提供書」またはお薬手帳のコピーを一緒に提出してください。

②　学校での服薬がない場合は、通院カードのみの提出となります。

|  |  |
| --- | --- |
| **受領日（学級担任記入）** | **令和　　年　　月　　日** |

**【即日回覧】　学級担任　→　保健室　→　学部主事　→　管理職　→　保健室**