

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		
短期通院の場合、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と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