

雙龍國小特殊疾病會談紀錄單

日期： 年 月 日

班級		姓名		導師：
會談原因				
就醫情形	就醫地點			
	診斷			
	多久複診一次			
	醫師強調事項			
服藥情形	是否 按時服藥	☐ 是 ☐ 否 ☐ 其他_____		
	藥物名稱			
日常應注意事項	日常活動是 否限制	☐ 是 ☐ 否 ☐ 其他_____		
	注意事項			

訪談對象： _____

會談人員： _____