

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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	藥物名稱				
日常應注意事項	日常活動是 否限制	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	注意事項				

訪談對象：_____

會談人員：_____