

醫師診察記錄

フリガナ 児童・生徒氏名				作成年月日		年 月 日	
診断名等							
知的障害の有無（有 無）							
所見（学校生活を送る上で医療的観点から配慮事項を記入して下さい）							
症状や治療 診断に際して重視した特性に✓してください。 ☐ 知的发展 ☐ 運動发展 ☐ 言語・コミュニケーション ☐ 対人関係・社会性 ☐ 注意・行動コントロール ☐ 読み書き、算数							
学校生活で必要となる 配慮（合理的配慮）							
		運動・姿勢について		心臓の管理区分（ ）			
		宿泊行事					
		食事・栄養について					
		食物アレルギーなし・あり（ ） 薬物アレルギーなし・あり（ ）					
医療的配慮		必要な医療的ケア（呼吸、吸引、経管栄養、胃ろう、導尿、体温調整、その他）					
		その他の必要なケア（姿勢保持装具、移動、視覚、聴覚、摂食等）					
服薬							
その他							
主治医				病院名			
診察者（記入者）		氏名		※		診察科目	

※主治医の方が作成した場合は、「同上」と記入して下さい。

※「医師診察記録」は、依頼者（保護者）に開示させていただきます。