

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。