

医師診察記録

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。 <input type="checkbox"/> 知的発達 <input type="checkbox"/> 運動発達 <input type="checkbox"/> 言語・コミュニケーション <input type="checkbox"/> 対人関係・社会性 <input type="checkbox"/> 注意・行動コントロール <input type="checkbox"/> 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。