

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。 ☐ 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。