

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。