

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 ・ 境界域 ・ 無）		
所見（学校生活を送る上での医療的な観点からの配慮事項を記入してください。）			
病状や治療			
教育・指導をする上での配慮点 （医学的観点について記述してください）			
学校生活での注意点・配慮点について	運動・姿勢について 心臓の管理区分（ ） 食事・栄養について 宿泊行事 食物アレルギーなし・あり（ ） 薬物アレルギーなし・あり（ ）		
医療的ケアについて	必要な医療的ケア		
	その他の必要なケア（姿勢保持装具・姿勢誘導等）		
服薬について			
その他			
主治医		病院名	
診察者(記入者) (主治医作成の場合は同上)	氏名	※	診察科目

※主治医の方が作成した場合は、「同上」と記入してください。