

医師診察記録

| | | | |
|---|--|---------------|----------------------------------|
| フリガナ 児童・生徒氏名 | | 作成年 月日 | 令和 年 月 日 |
| 診断名等 | | | |
| 心理検査を実施 している場合は 内容を記入 | 検査の種別 | 数値等 | |
| | WISC-IV・WISC-V・田中ビネーV その他 () | | |
| | 検査実施日 令和 年 月 日 | 知的障害の有無 (有・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) | | | |
| 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 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 () | | |
| 服薬について | | | |
| その他 | | | |
| 病院名 | | 主治医 | |
| 診療科目 | | 診察者 (記入者) | <input type="checkbox"/> 主治医と同じ※ |

※主治医の方が記入した場合は☑を入れてください