

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・境界知能・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 （医学的観点から 記述してください）	<input type="checkbox"/> 大きな問題はなし <input type="checkbox"/> 通常の学級で学習におおむね参加できると思われるが、対人関係や情緒面、特定の学習等で配慮を要するため、通常学級内での支援またはまなびの教室（特別支援教室）での指導が有効である。 <input type="checkbox"/> 学習面や生活面で配慮を要するため、知的障害特別支援学級での小集団の指導が望ましい。 <input type="checkbox"/> 学習面や生活面で個別の配慮を要するため、特別支援学校での指導が望ましい。 備考 []		
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	①	病院名 又は 所属	②
診察者（記入者） （主治医作成の場合は同上）	③ 氏名	診察科目	④

※は 必ず選択してください。

主治医の方の医師診察記録は、①②④を、教育支援課での医師診察記録は、②③④をご記入ください。