

医 師 診 断 書

フリガナ 児童・生徒氏名		作成年月日	年 月 日
診断名	※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)			
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)			
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 又は 所属	
診察者(記入 者)(主治医 作成の場合 は同上)	氏 名	診察科目	

※は 必ず選択してください。