

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				
ふさわしい就学先につ いて ※可能であれば、参考にお 聞かせください。該当箇所 に○をお願いします。	1 通常の学級 2 特別支援教室 3 通級指導学級（言語・難聴・弱視） *コミュニケーションの教室 4 知的障がい特別支援学級 5 特別支援学校（知的・肢体不自由・視覚・聴覚・病弱） 6 その他（ ）			
主治医		病院名		
診察者（記入者）	氏 名	診察科目		