

オプション①

受診状況、アレルギー等病気への配慮に関する記録

(特に健康面で配慮が必要な場合にご活用ください)

(1) かかりつけ医がある場合

(記入日 年 月 日)

医療機関名	
主治医	
住所	
電話番号	

(2) その他の医療機関 (大きな病気、診断、けが、アレルギー、精神発達の経過観察等)

通院・入院期間 (初診日)	病院・診療科名、主治医、病名・診断名、通院頻度など	
年 月 日～ 年 月 日 (初診日 年 月 日)	病院名	
	診療科名	
	医師名	
	病名・診断名	
	通院頻度	
年 月 日～ 年 月 日 (初診日 年 月 日)	病院名	
	診療科名	
	医師名	
	病名・診断名	
	通院頻度	
年 月 日～ 年 月 日 (初診日 年 月 日)	病院名	
	診療科名	
	医師名	
	病名・診断名	
	通院頻度	
年 月 日～ 年 月 日 (初診日 年 月 日)	病院名	
	診療科名	
	医師名	
	病名・診断名	
	通院頻度	

(3) 服薬記録 (服薬している疾病名、アレルギー等)

※ 普段服用している薬を記入してください。欄が足りない場合は、コピーしてご使用ください。

病院名	
病名	
服薬期間 薬の種類 量 服薬時間 服薬時の配慮など	
備考 薬の種類等の変更があった場合に記入	

病院名	
病名	
服薬期間 薬の種類 量 服薬時間 服薬時の配慮	
備考 薬の種類等の変更があった場合に記入	

病院名	
病名	
服薬期間 薬の種類 量 服薬時間 服薬時の配慮	
備考 薬の種類等の変更があった場合に記入	

(4) 特に配慮が必要な病気やアレルギーの症状など

(記入日 年 月 日)

病名	
症状	
服薬の有無	有 (薬の名前) ・ 無
希望する 配慮事項	

(記入日 年 月 日)

病名	
症状	
服薬の有無	有 (薬の名前) ・ 無
希望する 配慮事項	

(記入日 年 月 日)

病名	
症状	
服薬の有無	有 (薬の名前) ・ 無
希望する 配慮事項	

(記入日 年 月 日)

病名	
症状	
服薬の有無	有 (薬の名前) ・ 無
希望する 配慮事項	

(5) 各ライフステージにおける医療情報・病状のまとめ

① 受診するまでの経過

通院・入院期間	受診した経過、その時のお子さんの状況を記入ください
年 月 日～ 年 月 日 (初診日 年 月 日) 医療機関名	

※これ以降の欄は、3～5年ごとに区切って、お子さんの状況（困っていること）や受診経過をご記入ください。

通院・入院期間	日常生活の様子（困っていること）、通院理由 等
年 月 日～ 年 月 日 (初診日 年 月 日) 医療機関名	

通院・入院期間	日常生活の様子（困っていること）、通院理由 等
年 月 日～ 年 月 日 (初診日 年 月 日) 医療機関名	

通院・入院期間	日常生活の様子（困っていること）、通院理由 等
年 月 日～ 年 月 日 (初診日 年 月 日) 医療機関名	