

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

(記入日令和〇年4月1日)

医療機関名	〇〇医院
主治医	〇〇医師
住所	岸和田市岸城町〇〇一〇
電話番号	072-〇〇〇-〇〇〇〇

(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)

●所属機関での配慮が必要である場合や、支援者がお子さんに関わる際に知っておくべき内容があればご記入ください。

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	
令和〇年2月3日～ 年月日 (初診日令和〇年2月3日)	病院名	〇〇総合病院
	診療科名	小児神経科
	医師名	〇〇医師
	病名・診断名	精神発達の経過観察
	通院頻度	月1回
令和〇年6月1日～ 年月日 (初診日令和〇年6月1日)	病院名	〇〇医療センター
	診療科名	小児科
	医師名	〇〇医師
	病名・診断名	アレルギー(卵・小麦)
	通院頻度	月1回
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	
	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。
- 所属機関で服薬が必要な場合は、事前に対応可能かどうかも含めて確認するようにして下さい。また、服用時の配慮の詳細についても、事前に十分ご相談ください。

病院名	〇〇総合病院
病名	てんかん
服薬期間 薬の種類 量 服薬時間 服薬時の配慮など	RO年〇月〇日～服薬を開始 現在も継続中 薬の種類:バルプロ酸 量:50mg/日 服薬時間:朝・夜 服薬時の配慮:副作用で眠気や食欲不振が出る場合があるので、いつものようすと違う際は教えてほしい
備考 薬の種類等の変更があった場合に記入	現在、お薬の量を調整中なので、また量の調整がうまくいき、量がきまれば、お知らせします。

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

●所属機関での配慮が必要な場合にご活用ください。配慮の内容については、事前に所属機関に確認して下さい。

(記入日 RO年10月12日)

病名	〇〇総合病院
症状	たまごアレルギー
服薬の有無	① (薬の名前 内服薬:抗ヒスタミン薬) ・ 無
希望する配慮事項	給食は卵の完全除去食をお願いしたい。対応が難しい場合は、家から弁当を持参するので事前に教えてほしい。

(記入日 年 月 日)

病名	〇〇総合病院
症状	ぜんそく
服薬の有無	① (薬の名前 吸入ステロイド薬) ・ 無
希望する配慮事項	咳を激しくしていたり、苦しそうにしているなどがあれば、ゆっくり休ませてほしい。それでも咳がひどく発作の様子があれば、吸入器を使用してもらい、改善しなければ家族に連絡が欲しい。

(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

●年金受給を申請する際に必要となる情報なので、必要な方はご活用ください。

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	