様式２

**医療・相談などの記録（No.　）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

**医療に関する記録**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 医療機関名 | 期日・期間 | 病名・診断名等 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**おやこ応援課・子ども総合相談センター・児童相談所等の相談に関する記録**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 相談機関名 | 期日・期間 | 相談の概要 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※通院・入院や相談機関を利用した場合は、このシートにその概要を記入しましょう。

※受診や相談に係る資料や検査結果のコピーなども、可能な限り綴じておきましょう。