



様式 2

医療・相談などの記録（No. 1）

氏名 旭 川 二 郎

医療に関する記録

病名や診断名があれば記入します。

No	医療機関名	期日・期間	病名・診断名等	担当者
1	〇〇病院 小児科	平成〇年 〇月〇日～ 〇日間	入院（ぜんそく）	□□医師
2	〇〇療育センター	令和〇年 〇月〇日～	自閉スペクトラム症の診断	□□医師

関係機関からもらったプリントや検査結果などは、同じ番号のインデックスを付し、綴じておきます。

初診日又は、受診期間を記入してください。（初診日が不明な場合はおおよその期間）

おやこ応援課・子ども総合相談センターや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
1	〇〇相談センター	平成〇年 〇月〇日～ 〇月〇日	・子どもの発達の検査 〇〇式発達検査 ・子どもの苦手なことへの対応の仕方	□□先生

相談内容の概要を記入します。

※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。