

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

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

病名や診断名があれば記入します。

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のところに綴じておきます。

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	相談の概要	担当者
1	〇〇母子通園センター	平成〇年 〇月〇日	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもが喜ぶ遊びについて ・栄養を考えたおやつについて 	□□主査
2	〇〇相談センター	平成〇年 〇月〇日	<ul style="list-style-type: none"> ・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と対応の仕方 	□□先生

相談内容の概要を記入します。

※通院・入院があったり相談を受けたりした場合は、このシートにその概要を記入してください。

※資料や検査結果のコピーなども、可能な限り綴じてください。