

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	病名・診断名等	担当者

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

※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。