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 | 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。