

医 師 診 察 記 録

ふりがな 児童氏名			作成年月日	令和 年 月 日
診断名等	知的障害の有無（有・無）			
所見（学校生活を送る上での医療的な観点からの配慮事項を記入して下さい）				
病状や治療				
教育・指導をする上での 配慮点 （医学的観点について 記述してください）				
学校生活での注意点・配 慮点について	運動について		心臓の管理区分（ ）	
	食事・栄養について			
	宿泊行事			
医療的ケアについて	食物アレルギーなし・あり（ ）薬物アレルギーなし・あり（ ）			
	必要な医療的ケア			
服薬について	その他の必要なケア（姿勢保持装具・姿勢誘導等）			
就学についての意見	〈判断理由、意見等〉			
望ましい教育環境等 〈望ましい教育環境に ☑を入れてください。〉	1. 特別支援学校（盲・ろう・肢・知・病）			
	2. 知的障害特別支援学級(固定学級)			
	3. 自閉症・情緒障害特別支援学級(固定学級) ※小学校のみ設置			
	4. 通常学級 + 特別支援教室（教科の補充指導は目的としない） 〔週2時限程取出し授業(集団1時限、個別1時限)等〕 ※以下4つに該当する場合（傾向含む）特別支援教室入室可、☑を入れてください。 ☐ 自閉症 ☐ 情緒障害 ☐ 学習障害(LD) ☐ 注意欠陥多動性障害 (ADHD) ※入室条件として、知的障害がなく通常の学級での学習におおむね参加できること。			
	5. 通常学級 + 通級指導学級（言語・難聴・弱視）			
	6. 通常学級			
その他				
主治医			病 院 名	
診察者(記入者) (主治医作成の場合は同上)	氏名	※	診察科目	