

(肢体不自由特別支援学級、自閉症・情緒障害特別支援学級就学相談申込用)

医師診察記録

フリガナ 児童・生徒氏名		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・姿勢について	心臓の管理区分 ()	
	食事・栄養について		
	宿泊行事		
	食物アレルギー なし・あり ()		
	薬物アレルギー なし・あり ()		

医療的ケアについて		必要な医療的ケア		
		その他の必要なケア（姿勢保持装具・姿勢誘導等）		
服薬について				
その他				
主治医			病院名	
診察者（記入者）※	氏名	※	診察科目	

※主治医の方が作成した場合は、「同上」とご記入して下さい。

提出期限

肢体不自由特別支援学級（油面小・大鳥中わかたけ学級） 令和7年8月29日（金）

自閉症・情緒障害特別支援学級（五本木小4組） 令和7年9月25日（木）

自閉症・情緒障害特別支援学級（目黒区中央中しいの木学級） 令和7年9月30日（火）