

## 6 医療情報①

◆かかりつけ医について

記入日(      年      月      日)

病 名 等		医療機関名	
症状及び対応		診療科名	
		主治医名	
		電話番号	
病 名 等		医療機関名	
症状及び対応		診療科名	
		主治医名	
		電話番号	
病 名 等		医療機関名	
症状及び対応		診療科名	
		主治医名	
		電話番号	
病 名 等		医療機関名	
症状及び対応		診療科名	
		主治医名	
		電話番号	
病 名 等		医療機関名	
症状及び対応		診療科名	
		主治医名	
		電話番号	

## 医 療 情 報 ②

◆薬について

記入日(      年      月      日)(      歳      か月時点)

	薬品名	どんな薬	飲む時間	飲み方	服薬時期
①					開始
					終了
②					開始
					終了
③					開始
					終了
④					開始
					終了
⑤					開始
					終了
⑥					開始
					終了
⑦					開始
					終了
⑧					開始
					終了
⑨					開始
					終了
⑩					開始
					終了

## 医 療 情 報 ③

### ◆体質について

	かぜをひきやすい		便秘をしやすい(排便回数 日に 回)
	疲れやすい		下痢をしやすい(排便回数 日に 回)
	寒がり		よく吐く
	暑がり		その他( )

### ◆アレルギー、てんかんについて

禁忌薬		なし あり(種類 _____ )
ア レ ル ギ ー	薬	なし あり(原因: _____ ) 症状( _____ ) 薬(なし・あり: _____ )
	食物	なし あり(原因: 卵・そば・小麦・牛乳・大豆 ・その他( _____ ) ) 症状( _____ ) 薬(なし・あり: _____ )
	その他	なし あり(原因: _____ ) 症状( _____ ) 薬(なし・あり: _____ )
て ん か ん	なし あり(タイプ: _____ ) 発作回数 ( 年 ・ 月 ・ 週 ・ 日に _____ 回 ) 発作の症状: 薬(なし・あり: _____ ) 対応方法:	

## 医療情報④

◆身体機能について

記入日(      年      月)(      歳      か月頃)

機能障害などの部位に斜線を引き、部位ごとに番号をつけてください。



背面



正面



左側面



右側面

### ○症状および対応方法

部 位		症 状 お よ び 対 応 方 法
①		
②		
③		
④		
⑤		
⑥		

## 7 発達支援記録

## ◆相談・支援の経過

[illegible]

## 8 福祉制度の利用状況①（18歳未満）

◆通所等サービス（児童発達支援、放課後等デイサービス、相談支援事業所など）

事業所名・住所等		利用期間	利用サービス内容
事業所名		年 月から	
住 所		年 月まで	
電話番号		( 歳 ～ 歳 )	
事業所名		年 月から	
住 所		年 月まで	
電話番号		( 歳 ～ 歳 )	
事業所名		年 月から	
住 所		年 月まで	
電話番号		( 歳 ～ 歳 )	
事業所名		年 月から	
住 所		年 月まで	
電話番号		( 歳 ～ 歳 )	
事業所名		年 月から	
住 所		年 月まで	
電話番号		( 歳 ～ 歳 )	
事業所名		年 月から	
住 所		年 月まで	
電話番号		( 歳 ～ 歳 )	
事業所名		年 月から	
住 所		年 月まで	
電話番号		( 歳 ～ 歳 )	

## 福祉制度の利用状況②（１８歳以上）

### ◆福祉サービス

事業所名・住所等		利用期間	利用サービス内容
事業所名		年 月から	
住 所		年 月まで	
電話番号		( 歳 ～ 歳 )	
事業所名		年 月から	
住 所		年 月まで	
電話番号		( 歳 ～ 歳 )	
事業所名		年 月から	
住 所		年 月まで	
電話番号		( 歳 ～ 歳 )	
事業所名		年 月から	
住 所		年 月まで	
電話番号		( 歳 ～ 歳 )	
事業所名		年 月から	
住 所		年 月まで	
電話番号		( 歳 ～ 歳 )	