

医師診察記録

フリガナ 児童氏名		性別	
生年月日	年 月 日生		

診断名等	知的障害の有無 (有 ・ 無)		
心理検査の実施内容	検査の種類		検査実施日
	WISC-IV ・ WISC-V ・ 田中ビネー その他 ()		年 月 日
	数値等		
教育・指導をする上での配慮点 (医療的観点について記述してください)			
学校生活での医療上の注意点・配慮点	運動・姿勢について 食事・栄養について 宿泊行事 食物アレルギー 無 ・ 有 () 薬物アレルギー 無 ・ 有 ()		
服薬の状況			
所見	1 特別支援学校 (視・聴・肢・知) への就学が適切と考える。 2 特別支援学級 (知・自閉・情緒) への就学が適切と考える。 3 通常の学級への就学が適切と考える。		
判断理由			

病院名	作成日	年 月 日
	主治医 医師氏名	