

病 気 の 記 録



☆ 今までにかかった大きな病気等

年 齢	病 名	病 院 名	入院日数・処置等
○歳	盲腸	○○病院	○○日入院し、手術をした

なまえ _____

☆ 現在治療を受けている病気・服薬等

いつから	病 名	投薬及び制限等	回数・量・時間など
○ 歳 ～	ぜんそく	吸入ステロイド薬	症状がある時使用
○ 歳 ～	便秘	フルレール	毎夕食後 1包

なまえ _____

☆ 医療等の診断等

機 関 名	年・月	診断名・判定内容
〇〇病院	H 〇〇年 〇月	広汎性発達障がい
	H 年 月	
	H 年 月	
	H 年 月	
	H 年 月	
	H 年 月	

☆手帳をお持ちの方は、該当事項に○を付け必要事項をご記入ください。

療育手帳(A1 A2 B1 B2)交付年月:H 年 月
療育手帳(A1 A2 B1 B2)交付年月:H 年 月
身体障害者手帳(級)交付年月:H 年 月
身体障害者手帳(級)交付年月:H 年 月

なまえ _____

☆ 主治医からのコメント

※主治医からのコメントや、アドバイスを記載してください。

☆ かかりつけ医連絡先

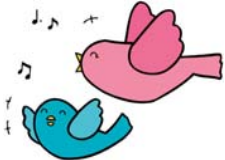
第一連絡先 _____ 病院 _____ 科
 TEL _____ ID No _____

第一連絡先 _____ 病院 _____ 科
 TEL _____ ID No _____

その他 _____

☆ その他、お子さんの健康面の様子や、気をつけていること等

日常生活のリズムがくずれるとパニックになりやすいため、事前に予告しています。



なまえ _____