**医療１　かかわっている人たち**

**○かかりつけの医療機関**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **診療科** | **病院名** | **担　当** | **連絡先** | **備考** |
| **科** |  |  |  |  |
| **科** |  |  |  |  |

**○その他受診している医療機関等**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **診療科** | **病院名** | **担　当** | **連絡先** | **備考** |
| **内科** |  |  |  |  |
| **小児科** |  |  |  |  |
| **眼科** |  |  |  |  |
| **耳鼻科** |  |  |  |  |
| **皮膚科** |  |  |  |  |
| **外科** |  |  |  |  |
| **整形外科** |  |  |  |  |
| **脳神経外科** |  |  |  |  |
| **歯科** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**医療２　からだと行動**

**①　目について****記入年月日：　　　　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 視力の問題　　　　　　　【　ある　・　ない　】　　　　　　　　視力の程度　右　　　　、左　　　　　　　　　　　　検査年月日　　　　　　視野の問題　　　　　　　【　ある　・　ない　】　　　　　　　（欠損の状態　　　　　　　　　　　）めがねの使用　　　　　　【　ある　・　ない　】コンタクトレンズの使用　【　ある　・　ない　】眼科手術　　　　　　　　【　ある　・　ない　】　　　　　　　（年月日　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　（手術内容　　　　　　　　　　　　） | ＊その他の特記事項 |
|  |

**②　耳について　　　記入年月日：　　　　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 聴力の問題　　　　　　　【　ある　・　ない　】　　　　　　　　程度　右　　　　㏈、左　　　　㏈　　　　　　　　検査年月日補聴器の使用　　　　　　【　ある　・　ない　】中耳炎　　　　　　　　　【　ある　・　ない　】耳鼻科手術　　　　　　　【　ある　・　ない　】　　　　　　　（年月日　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　（手術内容　　　　　　　　　　　　） | ＊その他の特記事項 |
|  |

**③　身体について　　　記入年月日：　　　　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 運動系の問題（まひなど ）【　ある　・　ない　】　　　　　　　（疾患名　　　　　　　　　　　　　）その他の疾患　　　　　　【　ある　・　ない　】　　　　　　　（疾患名　　　　　　　　　　　　　） | ＊その他の特記事項 |
|  |

**④　行動について　　　記入年月日：　　　　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| じっとしていられない　　　　　【　ある　・　ない　】極端に走り回る　　　　　　　　【　ある　・　ない　】順番が待てない　　　　　　　　【　ある　・　ない　】集中して聞けない　　　　　　　【　ある　・　ない　】会話になりにくい　　　　　　　【　ある　・　ない　】周りの子に興味を示さない　　　【　ある　・　ない　】呼んでも反応しない　　　　　　【　ある　・　ない　】パニックになる　　　　　　　　【　ある　・　ない　】こだわりが強い　　　　　　　　【　ある　・　ない　】偏食が激しい　　　　　　　　　【　ある　・　ない　】きわめて不器用である　　　　　【　ある　・　ない　】音に敏感で耳をふさぐ　　　　　【　ある　・　ない　】 | ＊その他の特記事項 |
|  |

**医療３　けいれんやアレルギーのこと**

**けいれんについて**

|  |  |
| --- | --- |
| 熱性けいれん | 【　ある　・　ない　】 |
| 発作があった年月日 |  |
| 検査内容と結果 |  |
| けいれん時の対応 |  |
| てんかん | 【　ある　・　ない　】 |
| 発作があった年月日 |  |
| 検査内容と結果 |  |
| 発作時の対応 |  |
| その他の原因のけいれん | 【　ある　・　ない　】 |
| 発作があった年月日 |  |
| 検査内容と結果 |  |
| けいれん時の対応 |  |

**アレルギーについて**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食べ物【　ある　・　ない　】 |  | （症状）（緊急時の対応方法） |
|  | （症状）（緊急時の対応方法） |
| 薬【　ある　・　ない　】 |  | （症状）（緊急時の対応方法） |
|  | （症状）（緊急時の対応方法） |
| アレルギー性皮膚炎 | 【 ある ・ ない 】（原因・治療　　　　　　　　　　　） |
| じんましん | 【 ある ・ ない 】（原因・治療　　　　　　　　　　　） |
| 喘息 | 【 ある ・ ない 】（原因・治療　　　　　　　　　　　） |
| 鼻炎 | 【 ある ・ ない 】（原因・治療　　　　　　　　　　　） |
| 結膜炎 | 【 ある ・ ない 】（原因・治療　　　　　　　　　　　） |
| その他（　　　　　） | 【 ある ・ ない 】（原因・治療　　　　　　　　　　　） |

**医療４　通院・入院**

**＊必要に応じて、医師の診断書や検査結果などを一緒に保管しましょう。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **年月日****（年齢）** | **医療機関****診療科****担当名** | **受診理由** | **受診結果（診断名）****経過・注意事項等** | **備考** |
|  |  |  |  |  |

**医療５　服　薬**

**＊主なお薬を記録しておきましょう。服薬の経過がわかりやすくなります。**

**＊緊急時など「いま」飲んでいる薬は、お薬手帳で確認しましょう。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **服薬期間** | **薬の名前****（医療機関）** | **処方目的****（効能）** | **服用時間・量** | **副作用等** |
| **年　月****～　　年　月** |  |  | **朝（　　　　　　　　）****昼（　　　　　　　　）****夕（　　　　　　　　）****その他（　　　　　　）** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |