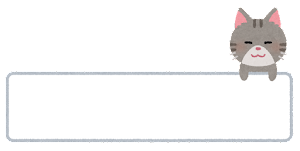
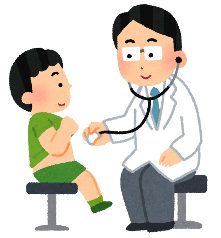
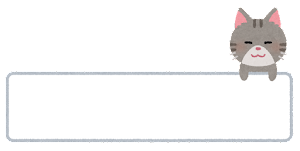
**医療１　かかわっている人たち**

**○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**

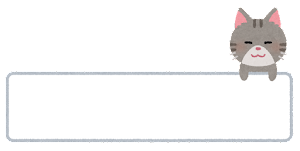
|  |  |
| --- | --- |
| 聴力の問題　　　　　　　【　ある　・　ない　】  　　　　　　　　程度　右　　　　㏈、左　　　　㏈  　　　　　　　　検査年月日  補聴器の使用　　　　　　【　ある　・　ない　】  中耳炎　　　　　　　　　【　ある　・　ない　】  耳鼻科手術　　　　　　　【　ある　・　ない　】  　　　　　　　（年月日　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　（手術内容　　　　　　　　　　　　） | ＊その他の特記事項 |
|  |

**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 |
|  |

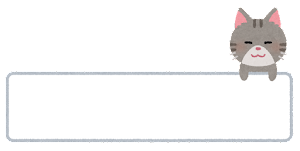
**医療３　けいれんやアレルギーのこと**

**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 |  |

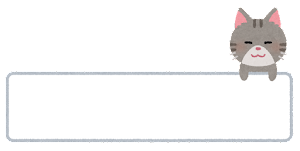
**アレルギーについて**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　）** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |