健 康 記 録(保 護 者 用)

学校　(現)小・中・高　学部　　年　氏名

該当する内容の□欄にレ点をつけてください。(　)内には内容を詳しく記入してください。

平熱・障害名 手帳に関すること	平 熱　(　　) 度　　障害名　(　　) 療育手帳　□ 無　□ 申請中　□ 有(　A1・　A2・　B1・　B2　) 身体障害者手帳　□ 無　□ 申請中　□ 有(　第　種　級　) 精神障害者手帳　□ 無　□ 申請中　□ 有(　　級　)
治療中(通院中) の病気	□ 無　□ 有(　病名　　)
かかりつけ医 ※病院名・担当医がいる場合はご記入下さい。	病院名　(　　)　担当医師　(　　) 連絡先　(　　)
お薬に関すること	※有の場合、薬の内容と注意する食材などあればご記入お願いします。 □ 無　□ 有(　　)
アレルギー	※有の場合、アレルギー種類と対応方法をご記入お願いします。 □ 無　□ 有(種類　　) (対応方法　　)
発作に関すること	※ぜんそくやてんかん等 有の場合、様子や対応方法をご記入お願いします。 □ 無　□ 有(　様子　　) (　対応方法　　)
体調不良の時 の意思表示	□ 無(体調不良の把握方法　　) □ 有(意思表示の仕方　　)
情緒が不安定 な時の対応	※有の場合、不安定になる状況と家庭での対応方法をご記入お願いします。 □ 無　□ 有(不安定になる状況　　) (対応方法　　)
その他	※ 健康面で気になること、注意してほしいこと