

2-3 ①<医療の情報>

◎ かかりつけの医療機関

医療機関	診療科	住所・電話番号・主治医名
	小児科	住所： 電話： 主治医名：
	耳鼻科	住所： 電話： 主治医名：
		住所： 電話： 主治医名：
		住所： 電話： 主治医名：

◎ 診察の際に気をつけてほしいこと

病院内での主な様子		注意してほしいこと
待合室	長時間じっと待つことが困難など。	注射のときに暴れるので、数人で対応してほしいなど。
診察室	聴診器に興味を示すなど。	
注射	注射に強い拒否反応を示すなど。	

◎ 常用薬

薬名	何の薬（処方目的）	服用状況
抗けいれん薬 テレゲトールなど	ひきつけ予防の薬など	服薬時間： 朝夕1日2回 形状・飲み方： 錠剤、水で服用 など

②＜福祉制度利用状況＞

◎ 利用状況や手続きの時期など必要事項を備考欄に書いておきましょう。

☐ 欄に利用有りの場合はチェック		備考
医療の給付・助成	<input type="checkbox"/> 自立支援医療（更生医療・育成医療・精神通院医療）	
	<input type="checkbox"/> 特定疾患・小児慢性特定疾患	
	<input type="checkbox"/> 医療福祉費支給制度（重度心身障害者のマル福）	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
自立支援給付	<input type="checkbox"/> 介護給付 （居宅介護、行動援護、ショートステイ、児童デイサービス、その他）	
	<input type="checkbox"/> 訓練等給付 （自立訓練・就労移行支援・就労継続支援・グループホーム）	
	<input type="checkbox"/> 補 装 具（ ）	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
地域生活支援事業	<input type="checkbox"/> 移動支援	
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	
	<input type="checkbox"/> 日常生活用具の給付	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
その他の福祉制度の利用	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	
	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当	
	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金・障害厚生年金	
	<input type="checkbox"/> 特別障害給付金	
	<input type="checkbox"/> 茨城県心身障害者扶養共済制度	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

⑤<発達・知能検査の記録>

検査機関	実施日	検査記録
	年 月 日	検査名： 実施者：
	年齢（ 歳）	
	年 月 日	検査名： 実施者：
	年齢（ 歳）	
	年 月 日	検査名： 実施者：
	年齢（ 歳）	
	年 月 日	検査名： 実施者：
	年齢（ 歳）	
	年 月 日	検査名： 実施者：
	年齢（ 歳）	
	年 月 日	検査名： 実施者：
	年齢（ 歳）	
	年 月 日	検査名： 実施者：
	年齢（ 歳）	
	年 月 日	検査名： 実施者：
	年齢（ 歳）	
	年 月 日	検査名： 実施者：
	年齢（ 歳）	
	年 月 日	検査名： 実施者：
	年齢（ 歳）	
	年 月 日	検査名： 実施者：
	年齢（ 歳）	

⑦<手帳の記録>

◎ 身体障害者手帳

身体 障害 者 手 帳	等級	1級・2級・3級・4級・5級・6級
	障害名	
	交付年月日	年 月 日
	手帳番号	第 号

◎ 精神保健福祉手帳

精神 保 健 福 祉 手 帳	等級	1級・2級・3級
	交付年月日	年 月 日
	手帳番号	第 号