

保健・医療・相談・支援などの記録

No. _____

	年 月 日 (才 か月)	担当者名	内 容 ・ 結 果 等
1	平成〇年 〇月〇日 (□才□か月)	〇〇子育 て支援セ ンター △△さん	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもが喜ぶ遊びについて ・栄養を考えたおやつについて
2		〇〇療育 センター □□先生	<p>相談支援の主な内容を記入します。 もらったプリント等を同じ番号の インデックスのところにとじてお くと後で振り返るときに便利です。</p>
3		〇〇通園 センター	
4			<p>検査の結果をもらったので、同 じ番号のインデックスのとこ ろに検査の結果をとじます。</p>
5	平成〇〇年 〇月〇日～〇月 〇日	〇〇病院 〇〇医師	入院 (ぜんそく)
6			
7			
8			
9			
10			

相談・支援等を受けた場合は、このシートに概要を記入してください。資料や検査結果の
コピーなども可能な限り綴じてください。通院・入院についても記入してください。