**【病気の記録】**

様式1-5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病気の種類 | 既往歴 | 症状が現れた時期 |
| ぜんそく発作 | 有（現在も）・有（過去に）・無 | 歳頃 |
| てんかん発作 | 有（現在も）・有（過去に）・無 | 歳頃 |
| 熱性けいれん | 有（現在も）・有（過去に）・無 | 歳頃 |
| （てんかん発作や熱性けいれんの既往がある方）脳波の異常 | 有　・　無　・検査未実施 | 歳頃 |
| その他の病気 |  |

**【診　　断】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診　断　名　（疑いを含む） | 医療機関 | 医師氏名 |
|  |  年 　月（　　歳） |  |  |
| 【備考】受診あるいは利用頻度・内容　　　　　 |
|  |  年 　月（　　歳） |  |  |
| 【備考】受診あるいは利用頻度・内容 |

**【実施検査】**

心理検査（知能検査・発達検査等）、血液検査、脳波検査、頭部画像検査（MRIなど）等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査内容・検査名 | 検 査 日 | 実施機関 | 検　査　結　果 |
|  | 年　 月 |  |  |
|  | 年　 月 |  |  |
|  | 年　 月 |  |  |
|  | 年　 月 |  |  |
|  | 年　 月 |  |  |

※【診断】や【実施検査】の枠がたりない場合は、任意の表で管理することもできます。

**【受診歴】**

様式1-6

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 初診日 |  医療機関・診療科 | 入院 | 内容 | 受診状況 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |
| 年　　月　　日（　　　　歳） |  | 有無 |  | 継続終了 |

**【服　　薬】**

様式1-7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬の種類・量 |  服薬期間 | 医療機関 |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |
|  | 年 　　月～　　年 　　月 |  |

※日常的に服用している薬に変更があれば記入する、またはおくすり手帳のコピーを貼りましょう。