

經過記錄 医療機関記録



★ 経過記録

以下の項目に関する経過を記入してください

①外部相談 ②巡回相談 ③訓練 ④療育 ⑤検査

年月日	相談機関および担当者	内 容
年 月 日		(記入者:)
年 月 日		(記入者:)
年 月 日		(記入者:)
年 月 日		(記入者:)
年 月 日		(記入者:)
年 月 日		(記入者:)

★ 医療機関記録

3～5年ごとに期間を区切り、記入してください。

- ・医療機関、医師、診断名等に変更があった場合などを機に区切ってください
- ・受診していない期間があれば、その理由とともにその期間も記入してください

①	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況・薬等			
②	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況・薬等			
③	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況・薬等			
④	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況・薬等			
⑤	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況・薬等			

★ 医療機関記録

3～5年ごとに期間を区切り、記入してください。

- ・医療機関、医師、診断名等に変更があった場合などを機に区切ってください
- ・受診していない期間があれば、その理由とともにその期間も記入してください

⑥	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況・薬等			
⑦	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況・薬等			
⑧	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況・薬等			
⑨	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況・薬等			
⑩	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況・薬等			

★ 医療機関記録

3～5年ごとに期間を区切り、記入してください。

- ・医療機関、医師、診断名等に変更があった場合などを機に区切ってください
- ・受診していない期間があれば、その理由とともにその期間も記入してください

⑪	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況 ・ 薬等			
⑫	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況 ・ 薬等			
⑬	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況 ・ 薬等			
⑭	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況 ・ 薬等			
⑮	(初診日) 年 月 日	医療機関		医師名	
	年 月 日	診断名		診 断 年月日	年 月 日
	年 月 日	状況 ・ 薬等			