

アセスメントシート

氏名 _____ 男・女（ 歳） 生年月日 年 月 日

_____ 小学校 _____ 学年(R7.4 現在) 記入者 _____ 記入日 ____/____/____

病気、障害、アレルギー（ 有・無 ）

※該当する項目がありましたら以下に詳細の記載をお願い致します。

診断名	時期	診断名	障害名	時期	診断名	
内服薬	薬名		用量	薬名		用量
既往歴	時期	診断名		備考		
かかりつけ 医療機関	医療機関名			診療科名	主治医名	
備考	※疾患や障害についての運動制限等、スタッフの配慮が必要な事項を記入願います。					