

学校→医療機関

情報共有シート（初診用）

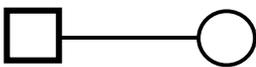
【提出者（所属・職名・氏名・連絡先）

】

お子様の氏名	男・女	生年月日	年 月 日（ 歳）
学校名・学年			
住所			

受診に至った経緯

- 本人の状況をどのように捉えたらよいか知りたい
- 現在行っている支援の方法について助言をもらいたい
- その他

家族構成		家族環境	
	<p>*記号：男□、女○、死亡■●</p> <p>*離婚している場合は ○—/—□</p> <p>*年齢（分かれば生年月日も）、学年ともに記入</p>		<p>*キーパーソン・家族の健康状態、提出者から見た家族の様子等</p>

関係者・関係機関	<p>1. 医療機関（ 主治医： ）</p> <p>2. 児童相談所</p> <p>3. 教育機関（ SC、SSW、教育センター、教育事務所、STEP、清和養護、その他（ ））</p> <p>5. その他（ ）</p>
----------	---

現在行っている支援とその効果・本人の反応

※両面一枚で記載してください

作成元 浜田圏域こどもの心の診療ネットワーク事業
 島根県浜田保健所 （令和8年4月版）

学校→医療機関

【提出者（所属・職名・氏名・連絡先）

】

学校での様子

【授業時間】

【休み時間】

【学校行事】

○教科ごとの学習到達度

○対人関係（子ども同士、先生などの大人と）

これまでに行った検査等あればその内容（できればコピーを同封ください）

※両面一枚で記載してください

作成元 浜田圏域こどもの心の診療ネットワーク事業
島根県浜田保健所 （令和8年4月版）