A -		-	-
令和	年	Ħ	日

学校医等	·	殿	_				
			紹介元医療機関の所在地及び名称				
			電話番号 医師名				印
患児の氏名			男•女	平成•令和	年	月	日生
患児の住所			電話番号				
傷病名	その他の傷病名						
病状、既往歴、 治療状況等							
日常生活に必要な 医療的ケアの状況 (使用している医療機器等 の状況を含む)							
学校生活上の 留意事項							
その他							

- \*備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。 2. わかりやすく記入すること。 3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

情報提供先学校名\_\_\_\_\_