

(別紙様式14)

令和 年 月 日

情報提供先学校名 _____

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。