

(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。