

主治医 殿

学校生活の参考にさせていただきます。御記入よろしくお願いたします。

東京都立小金井特別支援学校長

診療情報提供書		令和 年 月 日	記入
小・中 学部	年 組	氏名	平成・令和 年 月 日 生 歳
診断名と現症		てんかん発作・喘息発作 有 無	医療的ケア *有の場合には別紙書類提出 有 無
①受診状況：定期的「 毎に 回 」 ・ 経過観察			
②服薬状況： *禁忌薬：有・無（薬品名： 詳細：			
③アレルギー (1) 食物アレルギー 有 ・ 無 「食品名： 」 *詳細については学校生活管理指導表（別紙）を提出してください (2) その他のアレルギー 有 ・ 無 「 」 *学校生活で配慮が必要な場合、学校生活管理指導表（別紙）を提出してください			
④発作・発熱時・緊急時対応*使用する薬品名・薬品量・使用するタイミング等について記入してください			
⑤スクールバス乗車 可 ・ 不可 ・ 条件付き可*以下に条件を記入			
⑥体育的活動 可 ・ 不可 ・ 条件付き可*以下条件を記入			
⑥プールの参加 可 ・ 不可 ・ 条件付き可*以下該当に○または記入 ・水遊び程度可 ・入水時間の制限（ ）分以内 ・その他（ ）			
⑦宿泊行事参加 可 ・ 不可 ・ 条件付き可*以下に条件について記入 宿泊実施1か月前に主治医への相談の必要 有 ・ 無			
⑧その他学校生活に必要な配慮事項や連絡事項等（緊急搬送の場合の連絡事項等）			
医療機関名： 住 所： 電話番号： 医師名：			

*追記等の場合には裏面をお使いください。

診療情報提供書 追補欄 *記入末尾に加筆日・医師名・印をお願いします。