

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	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。