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

氏名	平成・令和　　年　　月　　日生　　歳	
診断名と現症 愛の手帳　　度　・　無　身体障害者手帳　　種　　級　・　無	てんかん発作 有　・　無 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　」　・　症状等に変化があった時のみ

②服薬状況

定時薬：

緊急時薬：

＊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＊以下該当に〇または条件を記入

・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＊以下に条件を記入

宿泊実施１か月前に主治医への相談の必要　　有　・　無

⑧その他学校生活で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。