

主治医の意見書

生徒氏名		生年月日 平成 年 月 日生			
障害名・病名					
現在の健康状態や治療状況 (内服薬等含む)					
学校生活で配慮を要する事項 健康観察のポイント	運動・作業制限【 無 ・ 有 () 】【 運動・作業中止基準【 食事制限【 無 ・ 有 () 】【				
緊急を要する症状と対応方法等について					
緊急を要する症状と対応方法	1 どんな状態のとき 2 具体的対応 1)薬剤名・使用量(回数制限等) (無 ・ 有)、 市販薬の使用 (可 ・ 不可) 2)その他(受診・搬送の目安等)				
副作用や病院受診の基準 ・ 緊急医療機関受診時 担当医に連絡する 内容					

上記のとおり指示します。

平成 年 月 日

医療機関名

連絡先

医師名 _____ 印 _____