

(別紙様式14)

診療情報提供書

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

医師署名(又は記名押印)

患児の氏名	男・女 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. 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。
3. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。