

主治医意見書

学部 年 組 児童・生徒氏名 _____

1 診断名・既往歴・現在の病状・治療内容等	
2 現在の投薬状況 (内容・量・回数・目的等)	
[飲み合わせ禁止食品: _____]	
3 最近の検査所見	
(1)脳波検査	年 月 日実施 結果: _____ 次回予定 年 月頃
(2)血液検査	年 月 日実施 結果: _____
(3)その他 (_____)	年 月 日実施 結果: _____
4 学校生活での留意事項	
(1)宿泊学習への参加	<input type="checkbox"/> 不可 / <input type="checkbox"/> 可 [条件あり: _____]
(2)遠足・校外歩行への参加	<input type="checkbox"/> 不可 / <input type="checkbox"/> 可 [条件あり: _____]
(3)持久走	<input type="checkbox"/> 不可 / <input type="checkbox"/> 可 [条件あり: _____]
(4)プール	<input type="checkbox"/> 不可 / <input type="checkbox"/> 可 [条件あり: _____]
(5)運動会	<input type="checkbox"/> 不可 / <input type="checkbox"/> 可 [条件あり: _____]
(6)その他、制限すべき運動・活動	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり[_____]
5 学校生活での緊急時の対応について <input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし 緊急時の教員の対応について具体的なご指示をお願いいたします。	
① どのような状況になったときに行うのか、状態、継続時間、回数等具体的にご記入ください。	
② 救急搬送	
③ 与薬 (坐薬・吸入等) 薬品名・1回量 (_____) 使用方法 (_____)	
④ その他	
6 備考 (その他、宿泊学習、学校行事を含めた学校生活での注意事項等)	

令和 年 月 日

医療機関名

TEL

主治医名 _____