

## 診療情報提供書

茨城県立土浦特別支援学校

学校長 殿

巡回指導医 殿

児童生徒名	性別	生年月日	令和 年度 (学校記入)
	男・女	平成・令和 年 月 日生	小学部 / 中学部 / 高等部 (入学・転入)
疾病名 ※障害の直接の原因になっている病名は1に記入してください。		発症年月日	
1		<input type="checkbox"/> 出生時	<input type="checkbox"/> 年 月 日
2		<input type="checkbox"/> 出生時	<input type="checkbox"/> 年 月 日
3		<input type="checkbox"/> 出生時	<input type="checkbox"/> 年 月 日
4		<input type="checkbox"/> 出生時	<input type="checkbox"/> 年 月 日
5		<input type="checkbox"/> 出生時	<input type="checkbox"/> 年 月 日
疾病の経過及び治療内容			
<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度や内容、学校での対処方法についてご記入ください。			
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) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 気管切開管理 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度や内容についてご記入ください。【例 ①吸引は体調不良時のみ ②夜間はバイパップ使用 など】			
学校生活での配慮事項【例 ①右股関節脱臼あり ②尿路感染症しやすいため微熱に注意 など】			
救急対応を行う上での注意事項【例 抗凝固剤服用のため出血傾向あり など】			
記入日	医療機関名	主治医氏名	
令和 年 月 日		自署又は記名押印	

※その他、必要がある場合は資料を添付してください。

※この様式データは、土浦特別支援学校 HP よりダウンロードできます。