

年 月 日

茨城県立つくば特別支援学校
学 校 長 殿
巡回指導医 殿

診療情報提供書

医療機関名

所在地

診療科名

主治医名

(自署もしくは記名押印)

患者情報	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	歳
診療 関 連 情 報	傷病名・障害名			
	#1	#2	#3	#4
	既往歴および現在までの経過			
現在の健康状態・治療方針・治療内容など			現在の処方	
学校生活における留意事項	必要な医療的ケア <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 (詳細は、別紙「指示書」参照)			
	学校生活上の留意事項			