

<服2>

服薬等見守り支援に関する 医師意見書

小学部1年、小学部4年、中学部1年、高等部1年

入学時に 提出のこと

部 年 組 (児童生徒名)			
(生年月日)	平成	年	月 日生
実施内容 (該当するものに ○を おつけください。)			
① 坐薬保管と使用 ()	ア 呼びかけに反応なく、けいれん発作が () 分以上とまらない時		
	イ その他		
	[]		
② 内服 ()	ア 昼食後	イ その他	[]
③ 吸入 ()	ア 咳がとまらないとき	イ その他	[]
④ 軟膏 ()	[塗る時間、回数など]		
⑤ その他 ()	[]		
主治医の実施内容に関する配慮事項等についての意見			
① 特になし ()			
② その他 ()			
	[具体的にご記入ください。]		
	令和	年	月 日 医師名 私印
学校医の指導・助言			
	令和	年	月 日 医師名 私印
お薬手帳または服薬説明書などのコピーを貼り付けてください。			