

服薬等 見守り配慮に関する 医師意見書

〈 服2-② 〉

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	
薬手帳または服薬説明書などのコピーを張り付けてください。	

服薬等 見守り配慮内容の追加および変更に関する 医師意見書

追加および変更内容	年月日	年	月	日	
主治医の変更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 []					
令和	年	月	日	医師名	私印
追加および変更内容	年月日	年	月	日	
主治医の変更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 []					
令和	年	月	日	医師名	私印
追加および変更内容	年月日	年	月	日	
主治医の変更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 []					
令和	年	月	日	医師名	私印
追加および変更内容	年月日	年	月	日	
主治医の変更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 []					
令和	年	月	日	医師名	私印