【様式２】（主治医　→（保護者）→　校長）

福岡県立　　　　　　　学校長　殿

意　見　書

|  |  |
| --- | --- |
| 幼児児童生徒氏名 |  |
| 傷病名 |  |
| 病状、既往歴、治療状況等 |  |
| （実施方法、使用する医療機器等の状況、留意事項を含む。）学校生活に必要な医療的ケアの状況 |  |
| 学校生活上の留意事項・その他 | 校外学習参加時の留意事項（参加の可否の目安、屋外や学校外施設での医療的ケア実施上の留意点） |
| 想定される緊急時と必要な対応（受診、救急搬送の目安） |
| その他 |

※　１．必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

　　２．必要な医療的ケアであっても学校看護職員による実施が不可（一部制限を含む。）の行為がある場合、その旨明記してください。

　　令和　　　年　　　月　　　日

 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　主　治　医

（署名又は記名押印）