

「公印省略」

主治医 殿

福岡県立直方特別支援学校長

医師の指示書（一般）記入について（お願い）

拝啓 時下ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、本校の幼児児童生徒の健康管理・保健指導につきましては、学校・家庭・学校医と連携を図りながら、十分な配慮のうえ実施するよう努めておりますが、主治医からの御意見を頂くことにより、

尚一層、一人一人の健康状態を的確に把握したいと考えております。

御多忙中とは存じますが、裏面にあります医師の指示書の各項目に御意見を記入のうえ、保護者の方へお渡しくделаいますようお願い申し上げます。

なお、体育的行事、宿泊を伴う行事などの学校行事を計画しておりますので、参加についての御意見もよろしくお願ひいたします。

敬具

主治医 殿

医師の指示書（一般）

A・B・C 部門

幼・小・中・高等部 年 組 氏名

お手数をおかけして申し訳ありませんが、詳細のご記入をお願いします。

<病名・現在の症状> _____	
<発作について> _____	
発作時の状態：	

<緊急時の薬> （ あり ・ なし ） _____	
ありの場合の対応：薬品名（ _____ ）	_____
_____	使用目安：時間（ _____ ） 個数（ _____ ）
なしの場合の対応：	

救急車要請の判断：	

<学校生活で留意すること> _____	

現時点での健康状態でのご意見をお願いいたします。

体育的行事 : 可・否 (_____)
プール : 可・否 (_____)
宿泊学習・体験学習 : 可・否 (_____)
校外での運動大会 : 可・否 (_____)

令和 年 月 日 医療機関名 _____

主治医 殿

記入例

医師の指示書（一般）

A・B・C 部門

幼・小・中・高等部 1年 1組 氏名 ○○ ○○

お手数をおかけして申し訳ありませんが、詳細のご記入をお願いします。

<病名・現在の症状>

<発作について>

発作時の状態：ピクピクする。5秒ほど硬直する。ひどくなると全身けいれんを起こす。月に2～3回の意識を失わない発作が主体。

<緊急時の薬> (あり ・ なし)

ありの場合の対応：薬品名：ダイアップ 6 m g

使用目安：時間（発作が 5分以上 継続する時）個数（1個）

なしの場合の対応：気道確保、バイタルチェック、安全を確保し見守る。

救急車要請の判断：ダイアップ挿肛後10分経過しても発作が治まらない場合。

<学校生活で留意すること>

ストレスや体調不良時に発作が誘発されるので、無理をさせないようにする。

現時点での健康状態でのご意見をお願いいたします。

体育的行事 : 可・否 ()

プール : 可・否 ()

宿泊学習・体験学習 : 可・否 ()

校外での運動大会 : 可・否 ()

令和 年 月 日 医療機関名

