

(医療的ケア様式2 新規申請)

主治医指示書

福岡市教育委員会  
発達教育センター所長 様  
(学校長 様)

ご依頼がありました児童生徒に対して、学校において学校看護師が実施することが可能な医療的ケアについて、下記のとおり指示します。

記

- 1 児童生徒  
学校名 学年 氏名  
(在学中・入学予定)
- 2 学校内で学校看護師が実施可能な医療的ケアの内容・範囲、手技
- 3 医療的ケアの手技・方法についての具体的な指示
- 4 緊急時の対応・配慮事項・その他
- 5 日中に実施する校外学習における医療的ケアの実施に関する指示  
 校外学習において学校看護師による医療的ケアを許可する。

※校外学習時の追加の指示や配慮事項等があればお書き下さい。

令和 年 月 日

病院名

主治医

※自署の場合は、押印不要