

令和 年 月 日

主治医様

大阪府立東百舌鳥高等学校長

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたびの本校生徒 年 組 の傷病について、学校において  
どのような配慮が必要か、主治医の先生のご意見をいただきたく存じます。

お手数をおかけいたしますが、下部「意見書」のご記入をお願いいたします。

## 主治医意見書

名前： (男女)

生年月日： 平成 年 月 日

診断名：

上記の生徒は診察・検査の結果、学校生活で以下の配慮（制限）が必要です。

配慮（制限）事項：

配慮（制限）期間：

ヶ月を目処とする。

日間を目処とする。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

印