

教育支援に関する調査票（医師用）

市町村教育委員会名	
-----------	--

No.	
作成年月日	

ふりがな 氏名		性	男	在籍学校等名	
		別	女	学 年 等	

1. 障害や病気の診断

--

2. 学校での教育活動における医療的な配慮事項に関する所見

--

所属・氏名

---