

令和 年 月 日

医療機関名

御担当医 先生御侍史

〇〇学校長

### 情報提供書（御相談）

この度、当校に在籍する児童生徒の受診に際し、学校における本人の様子について、下記のとおり情報提供いたします。

児童生徒 氏名	生年月日 (年齢)	令和 年 月 日生 ( 歳)
本人が困っていること：		
学校での様子：		
これまでの支援：		
学校が相談したいこと：		
当校の担当者：〇〇 〇〇（教頭）、〇〇 〇〇（担任） TEL：000-000-0000（学校代表）		
保護者同意欄：この情報提供書を受診する医療機関に提出することに同意します。		
令和 年 月 日	保護者氏名（自署）	

添付資料 なし あり [

]