

れいわ ねん がつ か
令和2年4月7日

しん ねんせい ほ ご しやさま
新1年生保護者様

おおさか し りつるまちしょうがっこう
大阪市立鶴町小学校
こうちょう えぐさ けいすけ
校長 江草 啓祐

がっこう いりょう き かんじゅしん 学校からの医療機関受診について

しゅんよう こう ほ ご しや みなさま けんしよう ぞん へいそ がっこう
春陽の候、保護者の皆様にはますますご健勝のことと存じます。平素は学校
きょういく ごりかい ごきょうりょく たまわ あつ れい もう
教育をご理解とご協力を賜り、厚くお礼を申しあげます。
がっこうかんり か しょうびょう いりょう き かん じゅしん ばあい つぎ
さて、学校管理下での傷病により、医療機関に受診するとなつた場合、次
じょうきょう お かのうせい
のような状況が起こる可能性があります。

- 教職員のみで医療機関に受診した場合、医師から傷病についての説明を代理で受けること。(個人情報保護のため、同意がなければ教職員が医師から説明を受けることができません。)
- 医療機関へ情報提供する際に、保健調査票を使用すること。(個人情報保護のため、同意がなければ情報提供ができません。)
- 直ちに医療機関へ受診する必要があるときに、保護者の方と連絡がとれない場合、学校で医療機関の受診先を判断すること。

じゅしん えんかつ すず しゅ し り かい どう い きょうりょく
受診を円滑に進めるためにも、趣旨をご理解いただき同意にご協力をいただ
おも
ければと思います。
どう い しよ ゆうこう き げん ほんこうざいがくちゅう てんがく さい じてん
なお、この同意書の有効期限は本校在学中とします。転学の際は、その時点
むこう
で無効となります。

.....き.....り.....と.....り..... いりょう き かんじゅしん どう い しよ 医療機関受診についての同意書

れいわ ねん がつ にち
令和2年 月 日

<いずれかに○をご記入ください。>

() 上記の内容について同意します。

() 上記の内容について同意しません。

ねん くみ
1年組

じどうめい
児童名
ほ ご しゃめい
保護者名

印