

(県様式3)

アナフィラキシー及び食物アレルギー等診療情報提供依頼書

令和 年 月 日

医 療 機 関 様

学 校 長

下記の児童生徒については、学校生活（学校行事含む）での配慮や管理が必要ですので、アナフィラキシー・食物アレルギー等に関する診療情報を提供いただくようお願いいたします。

アナフィラキシー・食物アレルギーについては、添付の「診療情報提供書」別紙様式14の3（保険診療での様式「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」）、それ以外のアレルギー疾患については、添付の「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」にご記入ください。

なお、「診療情報提供書」による学校医への情報提供につきましては、月1回に限り「B009 診療情報提供料(I)」の算定が可能となります。ご注意ください。

おって、保護者が学校に提出した関係書類は、学校から学校医へ情報提供いたしますことを申し添えます。

記

受診する児童生徒（学校記入）

学校名		
学 年	組	氏 名
備考（特に指示助言を いただきたい事項等）		

診療情報を提供する学校医（学校記入）

学校医氏名	専門科（いずれかに○）	氏 名
	内科・眼科・耳鼻科	

※ アナフィラキシー・食物アレルギーに係わる学校医への「診療情報提供書」による情報提供は、保険診療の対象となります。

実施医療機関様のご記入欄

この用紙は受診の結果を下記の該当項目（管理の可否）に○を付けて保存し、次の受診時に保護者が持参するフィードバック用紙「学校におけるアレルギー対応情報提供書（過去に医療機関から診療情報提供書が発行された者のみ持参）」の確認の際にご活用ください。

○印記入欄	受診結果
	要管理（学校医へ診療情報を提供する）
	管理不要