（様式３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　［保護者又は保証人記入］

個　人　調　査　書

|  |  |
| --- | --- |
| 受検番号 | ※　　　　　　番 |
|  |  | **写　真**４㎝×３㎝（３か月以内に脱帽，正面で撮影したもの，カラーでも白黒でも可） |
| 性　別 | 男　・　女 | 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日生 |
| 住　所 | 〒（　　　－　　　　）電話　　　－　　　　－ |
| 又は保証人氏名 |  | 続柄 |  | 職業 |  |
| 住　所 | 〒（　　　－　　　　）電話　　　－　　　　－ |
| 家族構成 | 氏　名 | 年齢 | 続柄 | 勤務先又は通学校名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 病歴 | 主な既往疾患 |  |
| 現在治療中の疾患 |  |
| 教育歴 | 保育所，幼稚園，学校名（古い方から順に） | 通所，通園，通学期間 |
|  | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 手帳 | 療育手帳 | 身体障害者手帳 | 精神障害者保健福祉手帳 |
| A　・　B　・　無（　月申請予定） | （　級　　種　）・　無（　月申請予定） | （　級）　・　無（　月申請予定） |
| 障害について | 医学的・専門的診断 | 年月日 | 検査機関名 | 結果及び所見 |
| 年　　　月　　　日 |  |  |
| 　　年　　　月　　　日 |  |  |
| 　　年　　　月　　　日 |  |  |
| 　　年　　　月　　　日 |  |  |
| 　　年　　　月　　　日 |  |  |
| 【てんかん発作】　有　［　頻度：　　　　］　・　　無【肢体まひ】　有［　上肢（　右　　左　）　下肢（　右　　左　）　］　・　　無【聴覚の障害】　有　　・　　無　　　　　【視覚の障害】　　有　　・　　無【医学的治療・訓練】　有　　・　　無　　［　内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　］　　［　医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　］【服薬】　有　　・　　無　　［　病院名（　　　　　　　　　　　　　　）　医師名（　　　　　　　　　　　　　　　）　］【アレルギー】　有　［　内容：　　　　　　　　　　　　　　　］　・　無 |
| 興味・関心・特技等 |  |
| 行動，性格面 |  |
| 家庭で留意していること |  |
| 学校で指導する際に留意してほしいこと |  |
| 高等部入学後の通学方法 | 自力通学　　　　保護者送迎　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 最寄りの停留所又は駅 | バス停　　（　　　　　　　　　　　　）　　JR駅（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 高等部卒業後の希望進路 |  |
| （自宅周辺地図）＊自宅周辺の目印等を簡単に描いてください。 |

・※の欄は記入しないでください。　　　　・当てはまる項目を○で囲み，該当事項を記入してください。