（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。