## 個 人 調 査 書

受検番号		*			番												
	りがな人氏名																
性別		男・女 生年月		年月日	平成		Ž	年	月	日生		<b>写真</b> 4 cm×3 cm					
住	:所	〒 (		_		)		電影	話	_	-	_		正	3か月以戸 面で撮影し	りに脱帽、	)
ふり 保護	<sup>がな</sup> <b>進者</b> 又は								<b>/± /</b> ∓			<b>以</b>					
保証人氏名									続柄			職業					
住 所		〒 (		_		)											
		電話 — — —															
家族構		氏	名			年齢	続	丙	勤務先又は通学								
成																	
病歴	主な既 疾患	注															
	現在常の疾患																
教育歴	保育	保育所、幼稚園、学校名(古い方から順に)									ì	通所、追	通園、	通学	期間		
										年	月	日	~	年	月	日	
										年	月	日	~	年	月	日	
										年		日	~	年	月	日	
										年		日	$\sim$	年	月	日	
										年		日	~	年	月	日	
										年	月	日	$\sim$	年	月	日	

手		療育	手帳		身体區	章害者手	帳	精神障害者保健福祉手帳					
長帳	Α .	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	<b>"</b>	検査機	幾関名			結果及び所見				
		年	. 月	日									
		年	. 月	日									
		年	月	日									
		年	. 月	日									
		年	月	日									
	【肢体		有[ 上肢		左 )	下肢(	無右	左 )	] • 無				
		党の障害】	有 ·	無	(5	視覚の障	舊書】	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													
· ¾0	)欄は記	入しないで	ください。	•	当てはまる項目	目を○で囲	み、	該当事項を	記入してください。				