

個 人 調 査 書

受検番号	※ 番					
ふりがな 本人氏名						写 真 4 cm × 3 cm (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 — —					
住 所	〒 (—)					
	電話 — —					
ふりがな 保護者氏名			続柄		職業	
住 所	〒 (—)					
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)		(種 級) ・ 無 (月申請予定)		(級) ・ 無 (月申請予定)	

