

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 - -			
	〒 (-)		電話 - -			
ふりがな 保護者氏名			続柄		職業	
住 所	〒 (-)		電話 - -			
家 族 構 成	氏 名	年齢	続柄	勤務先又は学校名等		
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				
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)	

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			
		平成	年	月	日		
		平成	年	月	日		
		平成	年	月	日		
		平成	年	月	日		
		<p>【てんかん発作】 有 [頻度：] ・ 無</p> <p>【肢体まひ】 有 [上肢（ 右 左 ） 下肢（ 右 左 ）] ・ 無</p> <p>【聴覚の障害】 有 ・ 無 【視覚の障害】 有 ・ 無</p> <p>【医学的治療・訓練】 有 ・ 無</p> <p>[内容（ ）]</p> <p>[医療機関（ ）]</p> <p>【服薬】 有 ・ 無</p> <p>[病院名（ ） 医師名（ ）]</p> <p>【アレルギー】 有 [内容：] ・ 無</p>					
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（船舶利用の場合は，船の発着所）		バス停（ ）	J R ・ B R T 駅（ ）	船の発着所（ ）			
高等部卒業後の希望進路							
<p>（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。</p>							

・※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。