

就学・教育相談調査票

記入日: 令和 年 月 日

記入者:

在籍園・校・施設名		担任・担当者名	
ふりがな	生年月日		
氏名	平成 年 月 日 今年度末の年齢 歳		
ふりがな	住所 〒 -		
保護者名	続柄()		

家族構成	家族氏名	続柄	年齢	勤務先・学校等	緊急連絡先	電話連絡	連絡先
	①					①	
	②					②	
	③				③		
	④				損害保険	AIG保険の加入 有 / 無	
	⑤					その他の保険の加入 有 / 無	
	⑥					※保険会社名	
通学方法の希望		自カ・スクールバス・保護者送迎・公共交通機関					
		備考:					

手帳・医療証	種類	判定・級	交付日	次期再判定・有効期限
	療育手帳判定	有/無	種	平成/令和 年 月 日
	身体障害者手帳	有/無	級	種
	精神障害者保健福祉手帳	有/無	級	平成/令和 年 月 日
重度障害者医療証(福祉医療費受給者証)			有/無	

障がい名	管理表等	血液型	
病名		心臓	有/無
診断時期		腎臓	有/無
診断機関 (Dr)		アレルギー	有/無
		運動制限	有/無
		RH	
		型	

かかりつけ	病院名	科	病院名	科

合併随伴障がい	視覚	(眼鏡着用時矯正視力 右: 左)
	聴力	(補聴器等装用閾値 右: dB 左 dB)
	情緒	(パニック等)
	その他	

教育歴	
就学前	(年 月 ~ 現在)

医療・福祉・療育歴	例：〇〇病院 HO. 〇~HO.〇 △△病院OT H△. ~現在

日常生活の状況							
食事	自立/一部介助/全介助	排尿	自立/一部介助/全介助	排便	自立/一部介助/全介助	平熱	夏季： °C 冬季： °C
普通食 / 刻み食 / ペースト食 / 経管栄養		後始末： 可/不可 サイン： 有/無 時間排泄： 可/不可		後始末： 可/不可 サイン： 有/無 時間排泄： 可/不可			
入浴	自立/一部介助/全介助	衣服着脱	自立/一部介助/全介助	移動	自立/一部介助/全介助	洗面 歯磨き	自立/一部介助/ 全介助 備考：
備考：		備考：		独歩/クラッチ/車いす電動/ 車いす/その他()			
アレルギー	アレルゲン：()			医療的ケア	回 / 年・月・週 程度		
有/無	備考：			有/無	備考：		
発作	回 / 年・月・週 程度			投薬	定期的な薬： いつ： 緊急時の薬： いつ：		
有/無	状態：			有/無			

実 態	
基本的 生活習慣	
学 習	
運 動	
社会性	
コミュ ニ ケー ション	
好きなこと 得意なこと	苦手なこと
配慮すること 行動の特性	

