

教育相談調査票

記入日: 令和 年 月 日

記入者:

在籍校・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	令和 年 月 日		
	身体障害者手帳	有/無	級	種	平成/令和 年 月 日	令和 年 月 日		
	精神障害者保健福祉手帳	有/無	級	種	平成/令和 年 月 日	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	RH		
診断時期				腎臓	有/無			
診断期間 (Dr)				アレルギー	有/無			
	運動制限	有/無	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	
小学校	

医療・福祉・療育歴	例: ○○病院 HO. ○~HO.○ △△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
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			冬季: °C
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:		
有/無	状態:			有/無	いつ: 緊急時の薬: いつ:		

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	