

教育相談調査票

記入日: 令和5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		自力・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 病名	管理表等			血液型 RH 型
	心臓	有/無		
	腎臓	有/無		
	アレルギー	有/無		
診断時期			運動制限	有/無
診断機関 (Dr)				

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	
中学校	

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
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			