

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