

記入日:令和 年 月 日

在籍園・学校・施設名				記入者						
ふりがな 氏名				性別	担任・担当者					
				生年月日						
ふりがな 保護者氏名				続柄	住所					
氏名				続柄				備考(勤務先等)		
家族構成										
自宅	電話番号		備考(母携帯等)			急用連絡先1	電話番号		備考(母携帯等)	
保護者						急用連絡先2				
診断名					診断時期			診断機関 (Dr.)		
障害者手帳	療育手帳		有/無	A1	A2	B1	B2	種	交付日	
	身体障害者手帳		有/無	級	種				交付日	
	精神障害者保健福祉手帳		有/無	級					交付日	
受給者証	有/無	種類								
教育歴 (就学前 ～現在)	保育所・幼稚園・学校名等			在籍期間				学部・学年・支援学級在籍等		
検査	(1)	検査日			検査機関					
		検査名								
		結果								
		備考								
関係機関に関 する情報 (児童発達支 援機関・相談 員・福祉サー ビス等)	支援を受けた日(期間)		機関名			担当者名(連絡先)		主な支援・助言内容等		
備考	・AIG保険加入予定:有/無 ・その他の保険加入予定:有/無(保険名:)									

様式2

通学方法	主な方法			備考	
	登校	スクールバス/保護者送迎/公共交通機関/自力			
	下校				
校区	小学校			中学校	
災害時避難場所	避難場所				
	留意事項				
医療	診療科	医療機関名		担当医師	
訓練機関	施設名	訓練内容(PT/OT/ST等)	実施日・回数等	担当者	
治療歴					

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： ℃
普通食 / 刻み食		後始末	可/不可	後始末	可/不可		冬季： ℃
ペースト食 / 経管栄養		サイン	有/無	サイン	有/無		
		時間排泄	可/不可	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		独歩 / クラッチ / 車いす電動 車いす / その他()			備考
アレルギー	アレルギー()			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：		
有/無	状態：			有/無	緊急時の薬： いつ：		

実態	
興味関心	
心身の健康 運動・移動	
基本的 生活習慣	
コミュニケーション	
対人関係 集団参加	
学習面	
その他	