（様式３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**[保護者記入用]**

個人調査書

宮城県立小松島支援学校

（令和５年１１月３０日現在）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | | | 昭和・平成　　年　　月　　日生 | | |
| 現 住 所 | | | 〒（　　　―　　　　）  電話番号（　　　　）　　　― | | | | | | | | | | | 写真を貼付してください。  ・無帽で、本人の顔が  正面からはっきり分  かるもの。  ３㎝×４㎝程度  ※写真の裏面に氏名を記入のこと |
| 氏　 名 | | |  | | | | 続柄 |  | | | | | |
| 職業 |  | | | | | |
| 現住所 | | | 〒（　　　―　　　　）  電話番号（　　　　）　　　― | | | | | | | | | | |
| 教　育　歴 | 通所、通園、通学期間等（古い方から順に） | | | | | | | | | 保育所、幼稚園、学校名 | | | | |
| 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |  | | | | |
| 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |  | | | | |
| 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |  | | | | |
| 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |  | | | | |
| 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |  | | | | |
| 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |  | | | | |
| 病　歴 | 主な既往  疾患 | | |  | | | | | | | | | | |
| 現在治療  中の疾患 | | |  | | | | | | | | | | |
| 障　害　等　に　つ　い　て | 医学的・専門的診  断 |  | | 年　　月　　日 | 検査機関名 | | | | | | 結果及び所見 | | | |
|  | |  |  | | | | | |  | | | |
|  | |  |  | | | | | |  | | | |
|  | |  |  | | | | | |  | | | |
|  | |  |  | | | | | |  | | | |
|  | |  |  | | | | | |  | | | |
| ①てんかん発作　　[　有・無　]  ②肢体不自由　　　[　有・無　]  ③アレルギー　　　[　有・無　]　内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ④医学的治療・訓練[　有・無　]　内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑤服薬　　（病院名　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑥主治医　（病院名　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 手　帳 | 療育手帳 | | | | | 身体障害者手帳 | | | | | | | 精神障害者保健福祉手帳 | |
| A　・　B　・　なし | | | | | 種　　級　　・　なし | | | | | | | 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・なし | |

＊記入上の注意：当てはまる項目を○で囲み、該当事項を記入してください。