（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

（令和元年12月18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 |
| 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。