|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※№ | | 個　人　調　査　書    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者または保証人が記載すること） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふ り が な  氏　　　名 |  | | | | | | | 性　別 | | | 男　　女 | | | 利き手 | | 右　　左 | | 写　真  （４cm×3cm）  ・上半身正面、無帽  ・最近３か月以内に撮影したもの  ・カラー・白黒を問いません。  ・写真の裏面の学校名と氏名を記入する。  ※家庭用プリンターで  プリントしたものでも可 | | |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　生 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現　住　所 | 〒（　　　　—　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本　籍　地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| ふりがな  保護者氏名  （保証人） |  | | | | | | | | | | | | 続  柄 | |  | | | 職  業 | |  |
| 現住所 | 〒（　　　　　　—　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | TEL | | |
| 勤務先 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | TEL | | |
| 緊急連絡先 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | TEL | | |
| 手　帳 | 療育手帳 | | | 無・有（　A　　　B　） | | | | | 身体障害者手帳 | | | | | | | | 無・有（　　　　　級） | | | |
| 精神障害者  保健福祉手帳 | | | 無・有（　　　　　級） | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 主な既往疾患 | 年齢 | | 医療機関 | | | | 科名 | | | | | 診断結果 | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| 現在の様子 | 治療中の疾患 | | | | | 服薬状況の有無  （一日　　回・朝　昼　晩） | | | | | | 通院状況  （病院名・通院回数） | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 教育歴  施設関係 | 学校名 | | | | 期間 | | | | | 施設名 | | | | | | | | | 期間 | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| 本校への通学方法 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |