

実態調査票 I

		保護者名	印	
志願者氏名		生年月日	平成 年 月 日生	
出身校		性別	男 ・ 女	
現住所	〒	電話番号		
		緊急時連絡先	① ②	
身障者手帳	無・有	手帳番号（第 号） 等級表による級別（ 級） 交付（ 年 月 日）	障害名：	再交付（ 年 月 日）
療育手帳	無・有	手帳番号（第 号） 障害の程度（総合判定）： 交付（ 年 月 日）		再交付（ 年 月 日）
精神障害者 保健福祉手帳	無・有	手帳番号（第 号） 障害等級 級 交付（ 年 月 日）		再交付（ 年 月 日）
現在通院している医療機関	病院名	電話：		
	主治医名			
既往歴	脳 炎・髄膜炎・ひきつけ・心臓疾患・腎臓疾患・その他（ ） ＊アレルギー（無・有） 食物_____・薬_____・その他_____ ＊手術等（無・有） 年 月 内容：			
現在治療中の病名				
けいれん発作	無・有	1年以内の発作回数（毎日 回・週 回・月 回・年 回） ・過去にあったがこの1年ない・ここ数年ない・その他（ ） 配慮事項：		
服薬	無・有	定時薬		臨時薬
身体機能訓練 (リハビリ等) を受けた経験	無・有	機関名：		
	時期と内容	年 月 内容：		
医療的ケア	気管切開 ・ 在宅酸素 ・ 吸引 ・ 経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう 人工肛門 ・ 酸素吸入 ・ その他（ ）			
上記内容につ け加えたいこ と				

※この書類は本校教育の資料としてのみ活用し慎重に管理します。（森川特別支援学校高等部）

実態調査票Ⅱ

		保護者名	印
出身校		志願者氏名	
項目	実態（あてはまるものに○をつける）	必要な支援内容（特になければ「なし」と記入）	
食 事	自 立・一部介助・全介助（箸・スプーン） 普通食・ミキサー食・きざみ食・経管栄養		
水分補給	自 立 ・ 一部介助 ・ 全介		
排 尿	自 立・ 一部介助 ・ 全介助 サイン： 無 ・ 有 / 時間排泄		
排 便	自 立 ・ 一部介助 ・ 全介助 後処理：可・不可/サイン：無・有/時間排泄		
衣服の 着 脱	自 立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
歯 磨 き	自 立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
洗 面 手 洗 い	自 立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
移 動	独歩・杖歩行・歩行器・車イス・電動車イス 使用装具：無・有（		
手の動作	自由に使える・物をつかんだり離したりできる 物をつかめるが手を伸ばすことはできない・ 物をつかむことはできないが手は伸ばせる・ できない 利き手： 右 ・ 左		
首の動作	首を自由に動かせる・首を左右に動かせる・ 首の座りが安定・首の座りが不安定・ 首が座らない		
対人関係	他人とコミュニケーションが十分とれる・ 指示があれば集団活動に参加できる・いつも関わ ってくれる人が分かる・視線を合わせることがで きる・周囲の人に関心を示さない		
コミュニ ケーショ ン	言 語（2語文以上・単 語）・ 発音で意思表示・身振り動作で意思表示・ 意志表出は難しいが相手の言うことは分かる・ その他（		
情 緒 の 安 定	常に安定している・ 時々不安定になるが落ち着く方法がある 時々不安定になるが落ち着くまで時間がかかる その他（		
その他（上 記以外の こと）			

※この書類は本校教育の資料としてのみ活用し慎重に管理します。（森川特別支援学校高等部）

実態調査票Ⅲ

		保護者名	印	
出身校			志願者氏名	
病状に関する こと	現在の状態について (具体的な症状と程度)			
	発症時期			
	治療開始時期			
	通院の頻度			
	入院歴 (複数回にわたる場合はその期間をすべて記入する)	無・有	平成 年 月頃	～ 平成 年 月頃
これまでの就学状況について				
確 認 事 項	①本人への病名告知	伝えている ・ 伝えていない		
	②服薬の定着	主治医の指示通り服薬している ・ 服薬は定着していない		
	③他害行為	無 ・ 有 ()		
	④自傷行為	無 ・ 有 ()		
学校生活を送る上での 配慮事項				
想定される緊急事態と その時の対応について				

※この書類は本校教育の資料としてのみ活用し慎重に管理します。(森川特別支援学校高等部)