

令和

年度作成

秘

基本調査票

この調査票は、お子さんのこれまでの生活について情報を得て、教育支援に生かすためのものです。また、本校在学中の健康管理や緊急時の対応（災害時を含む）を円滑に行うための大切な資料です。目的以外での使用はなく、[㊟]扱いとなっておりますので、正確に、詳細にご記入いただけるようお願いいたします。なお、3年継続使用で、2年目以降は、5月の個別面談時に変更のある箇所に朱書きで訂正していきます。

保護者確認欄

令和	年度	令和	年度	令和	年度
確認日	年 月 日	確認日	年 月 日	確認日	年 月 日

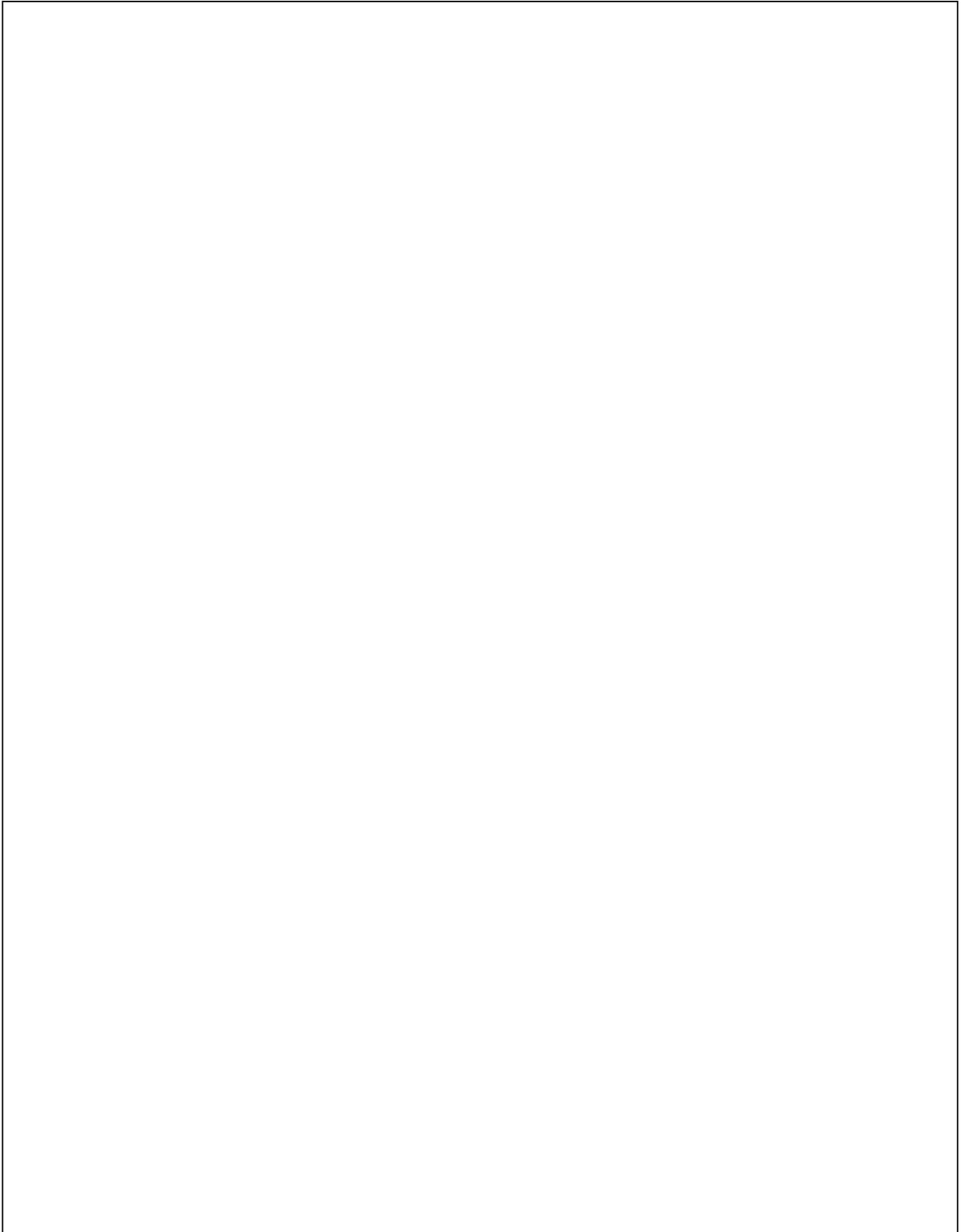
*確認日は5月の面談日を記入します。提出時は空欄で結構です。

氏 名

茨城県立土浦特別支援学校

1 自宅周辺地図

目安となる道路、建物、駅などをお書きください。スクールバス利用者は、スクールバス停間での経路、自力通学者は、自宅から学校までの経路がわかるように赤で記入してください。地図を印刷して貼付してもかまいません。



2 緊急時連絡先等

(ふりがな) 児童生徒名	男 女 血液型 型 R h					年 月 日生
(ふりがな) 保護者名						
現住所	〒 自宅電話番号 携帯電話番号 (所有者)					
緊急連絡先 (災害時にも活用)	連絡先 1		電話番号			
	連絡先 2		電話番号			
	連絡先 3		電話番号			
医療機関	かかりつけ医		電話番号			
	緊急搬送希望医療機関 有 無		医療機関名 担当医 電話番号			

3 家族および同居人について

名 前	続柄	生年月日	勤務先・学校名	災害時迎えに来ることが予想される人	
				優先順位	交通手段
同居人以外の方が 迎えに来る場合	名前		続柄		
	名前		続柄		

4 障害・慢性疾患について 病院などで診断されたものについて忘れずに記入してください。

障害名・慢性疾患名	診断機関名・診断者	通院の有無	服薬の有無
	機関名 診断者名	無 有 (週・月・年 回 不定期)	無 有 (朝 昼 夕 夜)
	機関名 診断者名	無 有 (週・月・年 回 不定期)	無 有 (朝 昼 夕 夜)
	機関名 診断者名	無 有 (週・月・年 回 不定期)	無 有 (朝 昼 夕 夜)
	機関名 診断者名	無 有 (週・月・年 回 不定期)	無 有 (朝 昼 夕 夜)

5 慢性疾患のうち、緊急の事態が伴うものについてご記入ください。

慢性疾患名	どのようなになるのか	起こる頻度	家庭での処置法	起こりやすい時	前ぶれ症状

6 家庭で行っている医療的ケアについて、当てはまるものの番号に○をつけてください。

1 吸引器を使って痰の吸引	7 導尿
2 気管切開部の衛生管理	8 酸素吸入
3 経管栄養(経鼻 胃ろう 腸ろう)	9 人工呼吸器の使用
4 経鼻エアウェイの挿入	10 アレルギーのためエピペンを主治医から処方されている
5 吸入器を使って薬液吸入	11 けいれん止めの坐薬を主治医から処方されている
6 糖尿病のためインスリンの注射	12 その他 ()

7 普段の身体の様子について記入または○をつけてください。

シャント(脳の中に異常にたまった脊髄液を外に出すために脳の中と腹腔をつなぐチューブ)の有無)	無 有 (どちらに 右側 左側) (禁止事項・配慮事項)
【女子のみ】生理について	無 有 (初潮年齢 歳 順調 不順)

8 これまでに入院、手術、長期欠席、大きなケガ、病気、事故などがあれば記入してください。

いつ	内容	医療機関名

※お子さまの健康のことで何か心配なことや学校に知らせておきたいことがありましたら、『保健調査票』の設問5の欄に記入してください。

9 各種手続きについて

療育手帳	なし	申請中	未申請
	あり	判定 ()	年 月 日 交付 判定 () 年 月 日 更新 (最新)
身体障害者手帳	なし	申請中	未申請
	あり	交付年月日 記号番号	年 月 日 号 等級 第 種 級 障害名 ()
医療福祉費受給者証 (福)	なし	申請中	未申請
	あり	交付年月日	年 月 日
A I G保険などの 任意保険の加入状況	なし		
	あり	保険名 ()	

10 通学について

通学方法	自転車 徒歩 電車 路線バス 自家用車 その他 () スクールバス
自宅から学校までの通学時間	約 時間 分
自力通学の有無 (バス停までの 保護者送迎なし※申請許可が必要)	無 有 (登下校 登校のみ 下校のみ) 自宅からバス停までの距離 約 k m
通学時送迎する人	父 母 祖父 祖母 兄弟 日中一時支援 その他 ()

11 生育歴についてあてはまることに○をつけてください。

妊 娠 中 の 異 常	なし あり (具体的に)
出 産 時 の 異 常	なし あり (具体的に)
生まれたときの身長・体重	体重 g 身長 c m
新 生 児 期 の 異 常	なし あり (具体的に)
発 育 の 様 子	歩き始め 歳 ヶ月 ことばので始め 歳 ヶ月
	知らせておきたい発育の様子 (歳 ヶ月)
入 学 前 の 様 子	好きだった遊び ()
心配だった行動や変わった癖	
これまでの在籍学校等	保育園 小学校 中学校
	保育園 小学校 中学校
	幼稚園
相談機関名 (例：〇〇病院 療育相談、 〇〇医院 言葉の教室・ST)	

12 本人・保護者の願い

<記入にあたって>

保護者欄

- ・「3年後～卒業後」を見据えて、保護者欄には「生活面、学習面、進路面をふまえてどのようにになりたいか・なってほしいか」についてご記入ください。どんなときに、どんな場面で、どのようにになりたいか・なってほしいかを具体的に書いていただくとありがたいです。

本人欄

- ・「3年後～卒業後」を見据えて、「生活面、学習面、進路面をふまえてどのようにになりたいか」についてご記入ください。

(例：・どんなときに、どんな場面で、どうになりたいか等。

- ・「○○ができるようになりたい」「○○したい」・好きな活動ややりたいこと等、本人の様子から見取ったり普段話したりしていること等。

○生活面（身辺自立、対人関係、場に応じた言動、感情のコントロールなど）

[本人]	[保護者]
------	-------

○学習面（得意なところ、苦手なところなど）

[本人]	[保護者]
------	-------

○進路面（卒業後の進路について）

[本人]	[保護者]
------	-------

○その他（困っていることや悩んでいること、その他日ごろお考えになっていること）

[本人]	[保護者]
------	-------

13 関係機関との連携

上記の本人・保護者のニーズを達成するために、関係機関として現在連携している学校以外の医療・福祉・地域（習い事・余暇等）をすべてご記入ください（担当者、住所電話番号、支援内容）。支援内容は、利用している目的、頻度や回数を端的に記入願います。

記入例

支援の場	保護者・担当者氏名	連絡先住所・電話番号	各機関における支援内容
家庭	〇〇 〇〇（父） 〇〇 〇〇（母）	〇〇市〇〇 1-2-3 0123-45-6789	・翌日の登校準備の見守り ・休日に調理の経験を積ませる支援 ・各関係機関との情報共有
相談支援事業所	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇 000-000-0000	・計画相談 ・サービス利用支援
放課後等デイサービス ●●ランド	〇〇 〇〇（サービス管理責任者）	〇〇市〇〇369-2 0234-56-7890	・宿題に取り組む時間の確保 ・簡単な調理実習の実施 ・週2回（火・木）
〇〇大学附属病院 小児科	〇〇 〇〇（主治医）	〇〇市〇〇2-3-5 034-567-8901	・定期通院による経過観察（月1回） ・薬の処方

障害者支援事業や習い事等もご記入ください。

支援の場	保護者・担当者氏名	連絡先住所・電話番号	各機関における支援内容
家庭			

ご協力ありがとうございました。別紙に記されている期日までに提出をお願いいたします。

上記に入り切れない場合には、裏面にご記入ください。

支援の場	保護者・担当者氏名	連絡先住所・電話番号	各機関における支援内容