

記入例 児童生徒調査票 宮城県立名取支援学校

○基本情報（令和8年4月1日現在）

学 年	高等部 1年	生年月日	平成 22年 5月 5日（満15歳）
ふりがな	なとり たろう		
氏名(性別)	名取 太郎 (男)		
保護者氏名	なとり いちろう 名取 一郎	(続柄:父)	
現 住 所	〒(981)-0123 名取市高館吉田字東真坂6-11		
連絡先：右の欄に連絡する際の優先順位を数字でご記入ください。 備考の欄には電話の持ち主の続柄等をご記入ください。			優先順位
電話番号	自宅	<input checked="" type="checkbox"/> 固定電話なし ()	
	携帯	080-1234-5678	(備考:母携帯) (1)
急用連絡先	080-0123-4567 (備考:祖母) (2)		
	070-3434-2525 (備考:父携帯) (3)		
	022-321-8888 (備考:父会社) ()		
	(備考:) ()		

家族構成(本人も含む)

	ふりがな 氏 名	続柄	生年月日	勤務先・学校名(現在の学年)
1	なとり いちろう 名取 一郎	父	SS7.5.5	東北銀行仙台支店勤務
2	なとり はなこ 名取 花子	母	SS5.9.23	主婦
3	なとり たいち 名取 太一	兄	H20.8、10	宮城高校3年
4	なとり たろう 名取 太郎	本人	H22.5.5	名取支援学校(中学部3年)
5	なとり よしこ 名取 美子	祖母	SS9.11.23	
6				
7				
8				

障害及び 疾病診断 について	障害名	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚				
	診断名 (疾病名)	自閉症				
	実態概要・ 障害の特性	話し言葉が不十分でコミュニケーションが苦手。順番に対するこだわりが強い。 排せつ・着替え・食事に一部支援が必要。				
通学方法	主な方法					備考
	登校	<input checked="" type="checkbox"/> 通学バス <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 自力通学				
下校	<input checked="" type="checkbox"/> 通学バス <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 自力通学 <input checked="" type="checkbox"/> 放デイ				水曜日以外は放デイ利用	
保有する 手帳等	療育手帳	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> なし				次回判定 R7年5月
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (種 級) <input checked="" type="checkbox"/> なし				次回認定 なし
	精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input checked="" type="checkbox"/> なし				有効期限 年 月
	ふれあい乗車証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 仙台市以外				
受給者証	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 無し	種類	障害福祉サービス受給者証、地域生活支援事業受給者証			
校区	小学校	高館	小学校	中学校	名取第二	中学校
災害時 避難場所	避難場所	高館小学校				
	留意事項	大きな声、雷が苦手。				
療育・ 教育歴 (就学前 ～現在)	保育所・幼稚園・学校名等	在籍期間			学部・学年・支援学級在籍等	
	母子通園施設すづかけ	H24.5～H25.3				
	なとりがわ幼稚園	H25.4～H27.3				
	名取第三小学校	H29.4～H30.3			通常学級	
	名取第三小学校	H30.4～R2.3			知的障害学級	
	名取支援学校 小学部	R2.4～R5.3			小学部4年転入	
	名取支援学校 中学部	R5.4～R7.3				

○健康管理

かかりつけ病院	<input type="checkbox"/> 特に決まっていない <input checked="" type="checkbox"/> ある（以下にご記入ください。医療的ケアを必要とする場合は必ずご記入ください。）		
	診療科	医療機関名・電話番号	担当医師・通院の状況・既往歴等
	医療的ケア対応病院	○○病院 123-4567-8901	
	神経科	○○病院 123-4567-8901	
	内分泌科	○○病院 123-4567-8901	
	アレルギー科	○○病院 123-4567-8901	
	心臓外科	○○病院 123-4567-8901	
	科		
訓練機関	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→下にご記入ください。 訓練機関名や回数など 宮城県立こども病院：PT 名取先生（月1回） 訪問リハビリ：ケアステーションたかだて（週2回 月・木）		
	<input type="checkbox"/> 定期的な服薬はない <input checked="" type="checkbox"/> 定期的な服薬がある（以下にご記入ください）。※お薬手帳等のコピーでも構いません。		
服薬状況	薬品名	病名・症状	服用状況・留意点
	就寝前	○△□	てんかん発作
	朝食後	○○○	アレルギー症状
	朝、夕	△△△△	気持ちを落ち着ける
	朝、昼、夕	○○△	甲状腺機能亢進症の症状改善
	朝、夕	△△□□	喘息発作予防
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 必要ない <input checked="" type="checkbox"/> 必要である： <input checked="" type="checkbox"/> 学校 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 事業所		
	以下学校で必要なケアを選択してください。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 噴霧吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿		
	<input type="checkbox"/> 気管切開ケア <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input checked="" type="checkbox"/> 発作対応		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 ※家庭のみで行っているケアも <u>その他</u> に記入ください。 家庭でのみ噴霧吸入を行っています。		

<p style="text-align: center;">アレルギー疾患 ※食物アレルギーについては下欄にご記入ください。</p>	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（以下にご記入ください）			
	<input checked="" type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 現在の状況： <input type="checkbox"/> 症状なし <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 現在の状況： <input type="checkbox"/> 症状なし <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input checked="" type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 現在の状況： <input type="checkbox"/> 症状なし <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> その他（診断名： ） 現在の状況： <input type="checkbox"/> 症状なし <input checked="" type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> その他（ ） <原因と考えられるもの>（以下にご記入ください） 花粉、ダニ、ハウスダスト		初発年齢： 年 []	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（※緊急性の高い配慮事項や緊急対応は、別紙「救急カード」にご記入ください。） 日常生活での配慮事項等、学校側で知っておいてほしいことがある場合は以下にご記入ください。 []			

<p style="text-align: center;">食物アレルギー</p>	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（以下にご記入ください。後日「学校生活管理指導表」を配付します。）	
	現在アレルギーのある食品	乳製品、キウイフルーツ、小麦	
	給食での食物アレルギー対応の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（以下に除去が必要な食品をご記入ください。） （※後日「学校給食食物アレルギー対応実施申請書」を配付します。） 上記の食品は給食で除去してください	

<p style="text-align: center;">食品と薬の飲み合わせ</p>	<p style="text-align: center;">食品と薬の飲み合わせ</p>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（以下にご記入ください。）	
		食品	飲み合わせに注意が必要な薬
		例) グレープフルーツ	例) テグレトール
		グレープフルーツ	テグレトール
	給食での食品と薬の飲み合わせについての対応の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（以下に対応が必要な食品をご記入ください。） グレープフルーツが給食に出たら除去してください	

<p style="text-align: center;">アナフィラキシー</p>	<p style="text-align: center;">アナフィラキシー</p>	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（以下〔 〕に原因物質をご記入ください。）	
		<原因物質> <input type="checkbox"/> 食物〔 〕 <input checked="" type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発性アナフィラキシー〔乳製品、キウイフルーツ、小麦〕 <input type="checkbox"/> 昆虫〔 〕 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品〔 アルコール〕 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	
	アレルギー症状 アナフィラキシー 出現時に使用する薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（以下にご記入ください） 薬名 ※エピペンやアレロックなど症状出現時に使用する薬が処方されている場合は必ずご記入ください。 ・皮膚症状（じんましん、発赤）、消化器症状（下痢、腹痛等）が出たときには、アレロックを服用 ・じんましんが全身に広がる、激しい咳き込み、呼吸困難が見られるときには、エピペンを使用 （※薬の使用等が必要な場合や具体的な対応は、別紙「救急カード」にご記入ください。）	

ひきつけ てんかん	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：てんかん) 初発年齢 5歳)	
	現在の状況：□服薬中 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察 □治癒（　　歳） 通院状況：1回 / (　　2か月　　) 病院名：○○病院 (※詳細は別紙「救急カード」にご記入ください。) (※症状出現時にダイアップ等の薬の使用が必要な場合は、後日「主治医指示書」を配布します)	
心臓疾患	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：心室中隔欠損症) 初発年齢 0歳)	
	現在の状況：□服薬中 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察 □治癒（　　歳） 通院状況：1回 / (　　年　　) 病院名：○○病院 運動制限 : <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (※後日「学校生活管理指導表」をお配りします。) 配慮事項・緊急対応 : <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (※別紙「救急カード」にご記入ください。)	
腎臓疾患	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：ネフローゼ症候群) 初発年齢 4歳)	
	現在の状況：□服薬中 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察 □治癒（　　歳） 通院状況：1回 / (　　月　　) 病院名：○○病院 運動制限 : <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (※後日「学校生活管理指導表」をお配りします。) 配慮事項・緊急対応 : <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (※別紙「救急カード」にご記入ください。)	
ぜん息	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：気管支ぜん息) 初発年齢 3歳)	
	現在の状況：□服薬中 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察 □治癒（　　歳） 通院状況：1回 / (　　半年　　) 病院名：○○病院 症状が出現しやすい状況：□なし <input checked="" type="checkbox"/> 風邪をひいたとき <input checked="" type="checkbox"/> 運動しているとき <input checked="" type="checkbox"/> その他 (以下にご記入ください。 寒い時期にも出やすいです)) 運動制限 : <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (※後日「学校生活管理指導表」をお配りします) 配慮事項・緊急対応 : <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (※別紙「救急カード」にご記入ください。)	
その他の 疾病	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：甲状腺機能亢進症) 初発年齢 5歳)	
	現在の状況：□服薬中 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察 □治癒（　　歳） 通院状況：1回 / (　　月　　) 病院名：○○病院 運動制限 : <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 配慮事項・緊急対応 : <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (※別紙「救急カード」にご記入ください。)	
健康状況 及び 配慮事項	□良好 (以前治療していた病気はなく、現在治療中・経過観察中の病気もない。)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 現在治療中・経過観察中の病気はないが、日常生活で心配な面がある。 ※体調不良の前兆及び運動に関わる健康状態等、学校側で知っておいてほしいことがある場合は必ずご記入ください。	
<p>頸椎が不安定なため、転倒に注意してください (前転は禁止でお願いします)。 歩行が不安定なため、介助が必要です。転倒した際には、連絡をお願いします。 体調が悪いときには、涙目になることが多いです。 わざと口に物 (電池や磁石など) を入れることがあります。</p>		

児童生徒調査票 児童生徒氏名：()

予防接種	種類	未接種	接種有 (該当回数に○をつけてください)		感染有	副反応有
			1回目	2回目		
	日本脳炎		1回目	2回目	3回目	4回目
	3種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風)		1回目	2回目	3回目	4回目
	4種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)		1回目	2回目	3回目	4回目
	麻疹(はしか) MRワクチン含む (麻疹・風疹混合)		1回目	2回目	MRワクチン接種の場合は両方に○をつけてください	
	風疹(三日はしか)		1回目	2回目		
	水痘(水ぼうそう)		1回目	2回目		
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		1回目	2回目		
	肺炎球菌性肺炎(肺炎球菌ワクチン)		1回目	2回目	3回目	4回目
	インフルエンザ桿菌(HIB)		1回目	2回目	3回目	4回目
	B型肝炎		1回目	2回目	3回目	
	HPV(ヒトパピローマウイルス)		1回目	2回目	3回目	
	BCG	1回目	未接種の理由：□ツベルクリン反応検査が陽性 □その他()			
	その他任意接種等で受けたもの がありましたらご記入ください。	ボリオ2回				

補装具等の 給付	□なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (以下にご記入ください。分かる範囲で結構です。)			
	補装具	種類	申請年月	製作会社
座位保持椅子		R 3.4.1	A B C テック	
装具		R 4.4.1	A B C テック	
起立保持具・歩行器		R 5.10.3	J I C	
車椅子		R 5.12.20	名取製作所	
日常生活 用具	種類	備考		
	特殊寝台(電動ベッド)			
	パルスオキシメーター			
	電気式たん吸引器			
	ネブライザー(吸入器)			
	紙おむつ			

生育歴	生育過程の出来事(診断歴・既往歴・現病歴・入院歴・手術歴等)	
H22.8	心室中隔欠損症のため○○病院で手術	
H29.6	○○病院にて、自閉症の診断を受けた	
H29.12	気管支ぜん息発症	
R1.5	てんかん発症(2回入院歴あり)	
R1.8	甲状腺機能亢進症発症	

○実態等

基本的生活習慣	睡 眠： <input checked="" type="checkbox"/> ほぼ規則的（22：00～ 7：15） <input type="checkbox"/> 不規則（睡眠時間はおよそ ___ 時間） 着替え： <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 部分支援 <input type="checkbox"/> 全面的支援 排せつ： <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 部分支援 <input type="checkbox"/> 全面的支援 生 理（女子）： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食 事： <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 部分支援 <input type="checkbox"/> 全面的支援 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ※食事は別紙「摂食に関する調査」にご記入ください。	具体的な様子 服の前後を間違えることがあります。 洋式トイレのみ使用できます。 排便後は拭き取りの支援をお願いします。
	・行動や性格の特徴、こだわり、集団参加 等について 泣き声や騒ぎ声が苦手で、教室から出てしまうことがあります。 初めてのことや初めての場所が苦手ですが、慣れて見通しがもてるようになると取り組めます。 一番になることや勝つことにこだわりがあり、負けるとパニックを起こすことがあります。	
	要 求： <input type="checkbox"/> 言葉で言える <input type="checkbox"/> 表情で伝える <input type="checkbox"/> 発声で伝える <input type="checkbox"/> 指さし、身振り等 <input checked="" type="checkbox"/> カード <input type="checkbox"/> 難しい 指示理解： <input checked="" type="checkbox"/> 言葉で分かる <input type="checkbox"/> 指さし、身振り等 <input type="checkbox"/> カード <input type="checkbox"/> 難しい	具体的な様子 簡単な言葉での指示は理解できます が、話し言葉が不十分で、絵カードを 指さしをして伝えようとします。
	移動： <input checked="" type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 部分支援 <input type="checkbox"/> 車椅子など 階段の移動： <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 部分支援 利き手： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input checked="" type="checkbox"/> 分からない	具体的な様子 階段では手をつないでください。 走るのは苦手ですが、大人と一緒に走 ると頑張ることができます。
	好きな学習や苦手な学習、現在行っている個別学習の内容等があればご記入ください。 自分の名前（平仮名）のなぞり書きの練習をしています。 パズルをしたり、シール貼りをしたりすることが好きです。	
	好きな遊びや好きなこと ブロック遊びや電車遊び	嫌いなことや苦手なこと 泣き声や大きな音
その他	・家庭で気を付けていること、配慮が必要な点など、学校に知らせておきたいこと（どんなことでも結構です）。 好き嫌いが多く、野菜や魚が苦手です。 道路を歩いているときに車道へ飛び出すことがあります。 聴覚過敏があるので、本人が必要だと思ったときに、自分でイヤマフを着けます。 急に触れるとびくっとするので、声を掛けてから体に触れるようにしてください。また、30分おきに体位の変換をしてください。	

○福祉・余暇について…本年度、利用する事業欄にご記入ください。

	事業所名・担当者・連絡先	利用頻度・支援内容等
相談支援事業所	サポートケア〇〇・袋原さん 022-〇〇〇-〇〇〇〇	
【放課後等 デイサービス】	よっちゃん家・岩沼さん 022-〇〇〇-〇〇〇〇	週3回 月、水、金
【ショートステイ】 短期入所 日中一時支援 等	〇〇〇ホーム・若林さん 022-〇〇〇-〇〇〇〇	月2回 第2・4金曜日
	〇〇〇園・若林さん 022-〇〇〇-〇〇〇〇	特に決まっていない。
【訪問サービス】 訪問看護 訪問リハビリ 訪問入浴 等	〇〇看護ステーション 〇〇名取・中田さん 022-〇〇〇-〇〇〇〇	入浴や排せつの介助 移動支援サービス
【ヘルパーの利用】 移動支援 行動援護 居宅介護 重度訪問介護 等	〇〇〇センター・閑上さん 022-〇〇〇-〇〇〇〇	週2回 火、木 入浴介助、通院介助
【その他のサービス】		