**家庭調査票（令和　年度）**

この調査票は個別の教育支援計画を作成するための資料となります。（４月１日現在でご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童生徒名 | （　　学部　　年　　組） | | | | ふりがな  保護者名 |  |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | 自宅　　　－  緊急連絡先（携帯等）父　母　その他（　　）　　　－　　　－ | | | | | |
| 父親勤務先 |  | | | | 電話番号 |  |
| 母親勤務先 |  | | | | 電話番号 |  |
| 入学前の教育歴  保育園、幼稚園療育機関、小学校等 | 平成・令和　年　月　～　平成・令和　年　月　（　　　　　　　　　 　）  平成・令和　年　月　～　平成・令和　年　月　（　　　　　　　　　 　）  平成・令和　年　月　～　平成・令和　年　月　（　　　　　　　　　 　） | | | | | |
| 現在のサポートの状況 | | | | | | |
| Ａ　家庭生活 | Ｂ　放課後・休日 | | Ｃ　医療・健康 | Ｄ　居住地校 | | Ｅ　療育・福祉 |
| １支援機関  （機関名）  （担当者）  （連絡先）  ２支援の内容 | １支援機関  （機関名）  （担当者）  （連絡先）  ２支援の内容 | | １支援機関  （病院名）  （担当医）  （連絡先）  ２支援の内容  現在の服薬　有　無  薬名（　　　　） | １支援機関  （小学校名）  （連絡先）  （中学校名）  （連絡先）  ２支援の内容 | | １支援機関  （機関名）  （担当者）  （連絡先）  ２支援の内容 |
| 療育手帳  有（Ａ1，2，3　Ｂ1，2 ）・無  判定日　　　年　　月　　日（最新の判定日）  再認定日　　年　　月　　　（次回の判定日） | | 身体障害者手帳  有（　　級）・　無  障害の種類（　　　　　　　　）  判定日　　　年　　月　　日  再認定日　　年　　月 | | | 精神障害者保健福祉手帳  有（１，２，３級）・無  判定日　　　年　　月　　日  有効期限　　年　　月　　日まで | |
| 障害名 | 診断者（機関） | | | | | |

＜家族の状況＞

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | ふりがな（ひらがな） | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 職　業 | 学校および勤務先等 |
|  |  | 本人 |  |  |  | 学部　　　年 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

〇進路についての希望（現在の思い）

|  |
| --- |
| 中学部卒業後の進路  ・ |
| 将来の希望  本人  ・      保護者  ・ |

〇一年間で伸ばしたい力（できるようになってほしいこと）複数回答可

|  |
| --- |
|  |

〇学校、担任への要望

|  |
| --- |
|  |

〇その他（特に健康安全上で知らせておきたいこと等）

|  |
| --- |
|  |

〇自宅付近の地図

|  |
| --- |
|  |

**※　本データはホームページでもダウンロードできます。ご希望の方はご利用下さい。**