

家庭調査票 (令和〇年度)

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	いせ はなこ (〇学部 〇年 〇組) 伊勢 花子	ふりがな 保護者名	いせ たろう 伊勢 太郎	
現住所	〒 372-0023 伊勢崎市粕川町1003番地			
電話番号	自宅 0270 - ** - **** 緊急連絡先 (携帯等) 父 (母) その他 () 070 - ** - ****			
父親勤務先	(株)〇〇 △△営業所	電話番号	0270-**-****	
母親勤務先	自営業	電話番号	0270-**-****	
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 30年 4月 ~ 平成 令和 2年 3月 (〇〇保育園) 平成 令和 2年 4月 ~ 平成 令和 4年 3月 (△△学園) 平成 令和 4年 4月 ~ 平成 令和 6年 3月 (□□保育園)			
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) 〇〇〇 (担当者) 〇〇 〇〇 (連絡先) ****-**-****	1 支援機関 (機関名) 〇〇〇(月~金) (担当者) 〇〇 〇〇 (連絡先) ****-**-****	1 支援機関 (病院名) 〇〇病院 △△クリニック (担当医) 〇〇 〇〇 △△ △△ (連絡先) ****-**-****	1 支援機関 (小学校名) 〇〇小学校 (連絡先) ****-**-**** (中学校名) 〇〇中学校 (連絡先) ****-**-****	1 支援機関 (機関名) 〇〇〇 (担当者) 〇〇 〇〇 (連絡先) ****-**-****
2 支援の内容 ・相談・モニタリング等	2 支援の内容 ・送迎・療育等	2 支援の内容 現在の服薬 (有) 無 薬名 (レリライ) その他 定期受診(月1) ※薬名が書き切れない場合は、裏面の「その他」の欄にお書きください。	2 支援の内容 ・交流等	2 支援の内容 ・リハビリ訓練等
※利用している相談支援事業所があればその機関名と相談支援専門員の名前、電話番号を書いてください。	※利用している放課後等デイサービスがあればその機関名と担当者等の名前、電話番号を書いてください。利用する曜日もお書きください。		※交流を実施していない場合でも居住地の小学校名と中学校名をお書きください。	※左のA、B以外にも利用している機関があればここに書きください。
療育手帳 (有) (A1, 2) 3 B1, 2) ・無 判定日 H**年 **月 **日 (最新の判定日) 再認定日 R*年 **月 (次回の判定日)	身体障害者手帳 (有) (Ⅰ級) ・ 無 障害の種類 (〇〇障害) 判定日 R*年 **月 **日 再認定日 R*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	例: 中度知的障害、ダウン症、自閉症スペクトラム、アンジェルマン症候群等	診断者 (機関)	例: 中央児相、〇〇病院、小児医療センター等	

＜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
伊勢 花子	いせ はなこ	本人	H**, **, **	**	〇学生	〇 学部 〇 年
伊勢 太郎	いせ たろう	父	S**, **, **	**	会社員	上記のとおり
伊勢 和子	いせ かずこ	母	S**, **, **	**	自営業	上記のとおり
伊勢 一郎	いせ いちろう	長男	H**, **, **	**	高校生	〇〇高校2年
伊勢 二郎	いせ じろう	二男	R**, **, **	**	園児	〇〇保育園年少

○進路についての希望（現在の思い）

中学部卒業後の進路 ※書ける範囲でお書きください。 ・ 進学 等 （ ※進学を希望する学校名があれば、お書きください。例：伊勢崎高等特別支援学校 等 ）	
将来の希望 本人 ・	※書ける範囲でお書きください。
保護者 ・	※書ける範囲でお書きください。

○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

※書ける範囲でお書きください。

○学校、担任への要望

--

○その他（特に健康安全上で知らせておきたいこと等）

--

○自宅付近の地図

※GoogleMap 等の地図を切り貼りしていただいても結構です。
--

※ 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。