様式第１号－添付様式１

家　族　健　康　状　況　等　調　査　書

**１　児童の状況**　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康の状況 | アレルギーの有無 | | | 有・無 | | 内容（症状） | |
| アトピーの有無 | | | 有・無 | | 内容（症状） | |
| おこしやすい病気の有無 | | | 有・無 | | １　気管支炎　２　気管支喘息　３　下痢　４　じんましん　５　ひきつけ  ６　その他　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 現在治療中の病気の有無 | | | 有・無 | | 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  通院医療機関名　　　　　　　　　　　　　　通院は月に　　日　・週に　　日 | |
| 障害者手帳の有無 | | | 有・無 | | 身体障害者手帳　第　　種　　　級  愛の手帳　　　　第　　種　　　度 | 具体的に |
|  |
| 特別な配慮･支援の必要性の有無 | | | 有・無 | | 配慮･支援の内容 | |
|  | |
| ﾄｲﾚの配慮の必要性の有無 | | | 有・無 | | 内容 | |
| 発育の状況 | １　特に発育の遅れ等は見受けられない。　　２（　視覚・聴覚・言語・運動機能　）　に問題があると思われる。  ３　よくわからないが気になることがある。（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 在籍の状況(予定を含む) | | １　通常の学級に在籍　　　　　　　　　 ２　通常の学級に在籍し、かつ特別支援教室 (旧通級学級)に在籍  ３　特別支援学級(固定)に在籍 　　　　　４　特別支援学校に在籍 | | | | | |
| 通学距離及び時間の状況 | | １　小学校までの距離　約　　　　　ｍ　　２　通学時間　片道約　　　　分 | | | | | |
| 就学前における集団保育経験の有無 | | | 有・無 | | 施設名→　　　　　　　　保育園・幼稚園・その他(名称　　　　　　　　　　　　　） | | |

**２　同居の家族の状況（本人を除く）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 就労 | 病気の有無 | 入院中 | 通院 | 病名及びその他（自宅療養が必要な場合など具体的に） |
|  | 父 |  |  | 有・無 | ヶ月・　週間 | 月に　日・週に　日 |  |
|  | 母 |  |  | 有・無 | ヶ月・　週間 | 月に　日・週に　日 |  |
|  |  |  |  | 有・無 | ヶ月・　週間 | 月に　日・週に　日 |  |
|  |  |  |  | 有・無 | ヶ月・　週間 | 月に　日・週に　日 |  |
|  |  |  |  | 有・無 | ヶ月・　週間 | 月に　日・週に　日 |  |
|  |  |  |  | 有・無 | ヶ月・　週間 | 月に　日・週に　日 |  |

**３　親族等で介護が必要な場合**※同居・非同居に関わらず、介護が必要な人を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 続柄 | 主な介護者 | 居住 | 入院中（介助が必要な場合） | 介護・通院同伴等を行う頻度 | その他（病院の送迎など具体的に） |
|  |  |  | 同居・別居 | ヶ月・　　週間 | 月に 　日　・週に　 日 |  |
|  |  |  | 同居・別居 | ヶ月・　　週間 | 月に 　日　・週に　 日 |  |

注　該当する事項に記入、チェック等をしてください。