

家族健康状況等調査書

年 月 日現在

1 児童の状況

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	具体的に	
			愛の手帳 第 種 度		
	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		<input type="checkbox"/>	有・無	ヶ月・ 週間	月に 日・週に 日	
	母		<input type="checkbox"/>	有・無	ヶ月・ 週間	月に 日・週に 日	
			<input type="checkbox"/>	有・無	ヶ月・ 週間	月に 日・週に 日	
			<input type="checkbox"/>	有・無	ヶ月・ 週間	月に 日・週に 日	
			<input type="checkbox"/>	有・無	ヶ月・ 週間	月に 日・週に 日	
			<input type="checkbox"/>	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。