

本人（入会希望の児童）の状況について回答してください。
該当項目に○印、または必要事項を記入してください。

提出日を記入してください。

記入例

家族健康状況等調査書

令和5年11月15日現在

1 児童の状況

健康の状況	アレルギーの有無	<input checked="" type="radio"/> ・無	内容（症状） たまご、牛乳、スギ、ネコ
	アトピーの有無	<input checked="" type="radio"/> ・無	内容（症状） 冬にひどくなる。薬を持たせてあります。
	おこしやすい病気の有無	<input checked="" type="radio"/> ・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	<input checked="" type="radio"/> ・無	病名（ ○○症 △△病 ） 通院医療機関名 ○△病院 通院は月に 1 日 ・週に 日
障害者手帳の有無	障害者手帳の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> ・無	配慮・支援の内容
	トイレの配慮の必要性の有無	<input checked="" type="radio"/> ・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。 <input checked="" type="radio"/> (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 <input checked="" type="radio"/> 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 700 m 2 通学時間 片道約 10 分		
就学前における集団保育経験の有無	<input checked="" type="radio"/> ・無	施設名→ ○○○ (保育園)・幼稚園・その他(名称)	

7項目の有無について回答してください。
「有」に○がついた場合は右欄に必要事項を記入してください。

障害者手帳をお持ちの方は、手帳を参照し記入してください。

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)
あきる野 太郎	父	34	<input checked="" type="checkbox"/>	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	ヶ月・ 週間	月に 日・週に 日	
あきる野 花子	母	34	<input checked="" type="checkbox"/>	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	ヶ月・ 週間	月に 日・週に 日	
あきる野 次郎	弟	4	<input type="checkbox"/>	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	ヶ月・ 週間	月に 日・週に 日	
あきる野 三郎	祖父	75	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> ・無	ヶ月・ 週間	月に1日・週に 日	○○(病名)のため、通院

介護等をしている方の氏名を記入してください。

3 親族等で介護が必要な場合 ※同居・非同居問わず、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)
あきる野 三郎	祖父	あきる野 花子	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	ヶ月・ 週間	月に1日・週に 日	○○(病名)のため、通院の送り迎えをしている。
五日市 桜子	祖母	あきる野 花子	同居・ <input checked="" type="radio"/> 別居	ヶ月・ 週間	月に 日・週に 4日	歩行が困難なので、通院及び日常生活の介助に祖母宅へ通っている。

注 該当する事項に記入、チェック等をしてください。

同居家族が主な介護者に当たる場合、記入してください。