

入 舎 申 込 書

平成 年 月 日

〈現在〉学校名： 小学部・中学部・高等部 年

ふりがな 児童生徒氏名		性別		顔 写 真 (本人と分かる 写真を貼って 下さい)	
			男・女			
生 年 月 日	平成	年	月	日		生
住 所	〒					
ふりがな 保護者氏名		緊急時 連絡先	①	— —	
	印			続柄：		
				②	— —	
				続柄：		

家族構成（本人除く）

氏 名	続柄	年齢	職業・学校名	氏 名	続柄	年齢	職業・学校名

〈入舎希望理由〉 ※保護者の方で具体的に記入するようお願いします。

保健調査票

1. 保健面について

氏名 _____

障害名						
平熱	度		血液型		型	
アレルギーについて	①アレルギー有無について 1 ない 2 ある (アレルギーの原因となるもの：) ②アレルギーの症状について【例：湿疹、身体のかゆみ、呼吸困難等、具体的に】 () ③アレルギーが出る箇所について【例：目・口の腫れ、腕・首のかゆみ等、具体的に】 ()					
病気について 例 { <ul style="list-style-type: none"> 心疾患 内臓系 脳、喘息 けいれん てんかん 皮膚疾患 結核 インシュリン注射 ホルモン注射 等 	①これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ 1 ない 2 ある (※下記の記入をお願いします) 病名 () ②現在、治療中(通院中)の病気がありますか？ 1 ない 2 ある (※下記の記入をお願いします) 病名 () ③現在、薬を服用または塗布していますか？ 1 ない 2 ある (※下記の記入をお願いします)					
結核	朝	昼	夜	寝る前	その他	
インシュリン注射	食前 食間 食後	食前 食間 食後	食前 食間 食後	寝る____分前		
ホルモン注射 等	薬品名					
インシュリン・ホルモン注射等について ※(該当者のみ、お答え下さい)	①開始年齢 () 歳から) ②注射の頻度について (毎日 / 週) に () 回 ③自分で注射を管理し、打つ事が出来るか (できる・できない)					
麻痺について	1 ない 2 ある (部位：)					
主治医	科 病院：		先生：		年に約 () 回通院	
	科 病院：		先生：		年に約 () 回通院	

特記事項 (特に気を付けて欲しい事)

[]

学級担任児童生徒所見票

学部 (学校)	小・中・高	学年	年 組	児童生徒氏名		性別	男・女
学級担任氏名		担任 () 副担任 ()					
基本的な生活習慣について (食事、入浴、洗面、着脱、排便、その他)							
健康管理について (疾病、服薬、アレルギー、通院、入院、その他)							
係活動及び集団行動について							
学級活動における発達課題							
入舎を希望する学級担任の所見							