

ふりがな 氏名		男・女		平熱	℃		
住所			生年月日	年	月 日生		
緊急連絡先	1	氏名	続柄 ( )	TEL 携帯	TEL 勤務先・自宅		
	2	氏名	続柄 ( )	TEL 携帯	TEL 勤務先・自宅		
	3	氏名	続柄 ( )	TEL 携帯	TEL 勤務先・自宅		
診断名 (障がい名)  (当てはまるものに ○をつけ、障がいの状 態・診断された機関等 についてご記入下さ い。)		*重複障がいの場合、複数回答も可 1. 知的障がい 2. 発達障がい ①広汎性発達障がい ・高機能自閉症 ・アスペルガー症候群 ・自閉症 ・レット症候群 ②ADHD (注意欠陥多動性障がい) ③LD (学習障がい)			3. 言語障がい ( ) 4. 聴力障がい (聴力 右: 左: ) 5. 視覚障がい (視力 右: 左: ) 6. 肢体不自由 ( 部位・状態 ) 7. その他 ( )		診断を受けた ・機関(病院)  ・主治医  ・時期(年齢)
健康保険証		有 ・ 無		障害者医療証	有 ・ 無		
療育手帳		有 (A1・A2・A3・B1・B2) ・ 無		身障者手帳	有 ( 級 ) ・ 無		
治療・教育歴 (病院・福祉センター等で 受けた治療・訓練がありま したらご記入ください。)		時期	受けた場所		内容		
		歳頃					
		歳頃					
かかりつけの病院	専門	病院名	主治医		電話番号		
	内科						
	外科						
	眼科						
	耳鼻科						
	歯科						
	その他						

学校で生じたけが等の緊急時の場合、保護者に連絡を取り、  
学校職員が病院受診に付き添うことに同意します。  
\*いいえの場合は、保護者に受診付き添いをお願いいたします。

どちらかに○をしてください。

はい・いいえ

疾患等について	現在の主な疾患	・特になし・心臓病（疾患名 ）・糖尿病 ・てんかん ・腎臓病（疾患名 ）・ぜんそく・アトピー性皮膚炎 ・脊柱側弯症・ダウン症候群・その他（疾患名 ）
	既往歴	・特になし ・心臓病（疾患名 ） ・糖尿病 ・腎臓病（疾患名 ） ・てんかん・熱性けいれん ・ぜんそく ・脳炎 ・髄膜炎 ・その他（疾患名 ）
	今までに受けた手術	ある ・ ない 手術名（ ）
	脳波検査	・受けた（ 年 月頃） 結果（異常あり ・ 異常なし） ・受けたことがない
発作について	発作の有無	ある（ てんかん ・ ぜんそく ・ 心臓 ・ その他 ） ・ ない
	どのような発作ですか （発作時の様子・頻度など）	
	学校での対処法 （どのような発作がどの くらいでどうしたらよいか等）	*学校で抗てんかん薬の預かりを（ している ・ していない ）
	最後に発作があった日	平成・令和 年 月 日
服薬について	日常服薬している薬 ある・ない 薬の名前（ ）	
	いつ服薬していますか 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 寝る前 ・ 時々	
アレルギーについて	食物アレルギーの有無 ある ・ ない 原因食物（ ）	
	薬物アレルギーの有無 ある ・ ない 原因薬物（ ）	
	花粉症の有無 ある ・ ない 原因花粉（ ）	
	その他（ ）	
健康面又は病院受診時等で配慮して欲しい事等ありましたらご記入下さい。		
令和 年		
令和 年		
令和 年		