

家族健康状況等調査書

平成 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うけられない。 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 特別支援学級（固定）に在籍 2 特別支援教室（旧通級学級）に在籍 3 通常の学級に在籍		
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 家族の状況（本人を除く）

氏 名	続柄	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	
同居していない祖父母等の状況			学校もしくは自宅から半径500m以内に（ いない ・ いる（ 就労・未就労・その他（ _____）））		

3 親族等で介護が必要な場合

氏 名	続柄	病気の有無	入院中（介助が必要な場合）	通院（同伴が必要な場合）	その他（親族の家に介護へ行く場合など具体的に）
		有・無	ヶ月・ 週間	月に 日・週に 日	

注 該当する事項に記入、又は○をしてください。