

	記 入 者 名	〇〇 〇〇		
学 校 名 (TEL/FAX)	仙 台 市 立 〇〇 中 学 校 TEL (〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇) FAX (〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)			
ふ り が な 生 徒 氏 名	かがやき いちろう 輝 一郎	性 別 ☒ 男 ☐ 女	生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 生 (〇〇 歳)
保 護 者 等 氏 名 (保 証 人 等)	輝 太郎 (続柄: 父)			
生 徒 の 現 住 所 (連絡先電話番号)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 宮城県 仙台太白区秋保町湯元字鹿乙〇番地 コーポグリーン101号 (〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 自宅 ・ ☒ 携帯 (所有者: 母)			
学 級 担 任 氏 名	秋保 輝子	引 率 教 員 氏 名	秋保 輝子	
家 族 構 成	家族 (4) 人 ☒ 父 ・ ☒ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄 ・ ☒ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ その他 () ※家族に〇			
特 別 支 援 学 校 (学 級) 在 籍 の 有 無	現在、特別支援学校(学級)に ☒ 在籍している ・ 在籍していない ※どちらかに〇			
	在籍している場合の在籍学級障害種別 ☒ 知的 ・ 情 緒 ・ 肢 体 ・ 病 弱 ・ 難 聴 ・ 弱 視) ※いずれかに〇			
	特別支援学級入級経歴 () 小学校 ・ ☒ 中学校 (2) 年生の時入級			
障 害 の 状 況 (障害名・診断名)	障害名・診断名(知的障害、ADHD、自閉症など)を御記入ください。			
療 育 手 帳	有 (A ・ ☒ B) ・ 無 ※いずれかに〇 / 次回の更新予定 令和 年 月			
身体障害者手帳	有 (種 級) ・ ☒ 無 ※いずれかに〇 / 次回の更新予定 令和 年 月			
精神障害者保健福祉手帳	有 (1 級 ・ 2 級 ・ 3 級) ・ ☒ 無 ※いずれかに〇 / 次回の更新予定 令和 年 月			
御家族・療育者から見たお子さんの性格、興味・関心の対象、これまでの様子など ・いろいろなことに興味を示すが、飽きやすいところがある。 ・野球が大好きで、テレビ観戦をしたり、友達や家族とキャッチボールをしたりする。				
治療中・経過 観察の疾患等	ない場合は「なし」と御記入ください。	主な既往 疾 患 等	入院、手術、長期治療を要した疾患等を御記入ください。	
		服 薬	☒ 有 ・ 無 薬 名 薬名を御記入ください。	
てんかん	有 (頻 度) ☒ 無	医 療 的 ケ ア	☒ 有 ・ 無 主なケア内容 ケア内容(経鼻経管栄養、導尿など)を御記入ください。	
食物 アレルギー	☒ 有 食品名: そば) 無 対応食 必要 ・ ☒ 不要			
相談事項等 教育相談の際に聞きたいことや相談したいことがあれば御記入ください。				