受検番号	※

※の欄は記入しない

調　査　書　記入例

角田支援学校

ふりがな 本人氏名	かくだ　はなこ 角田　花子	性別	女	生年月日	平成23年10月10日
現住所	〒（〇〇〇－〇〇〇〇） 角田市島田字御蔵林〇〇番地〇				
ふりがな 保護者又は保証人氏名	かくだ　たろう 角田　太郎	本人との続柄	父	電話	０２２４－６３－〇〇〇〇
現住所	〒（〇〇〇－〇〇〇〇） 柴田郡大河原町〇〇東〇番地				

写真欄

・無帽で、本人の顔が正面からはっきり分かるもの。
・縦４cm横３cm
・写真の裏面に氏名を記入し、貼付すること。

	内容	診断機関	診断時期
障害名	知的障害 知的障害（精神発達遅滞） 聴覚障害（感音性難聴による聴覚障害） 病弱（心不全による心臓機能障害）	療育手帳 〇〇県立〇〇〇病院〇〇科 〇〇大学病院〇〇科 〇〇病院〇〇科	平成〇〇年〇月 平成〇〇年〇月 平成〇〇年〇月 平成〇〇年〇月
疾病・疾患等	自閉スペクトラム症（自閉症） 注意欠如・多動症（ＡＤＨＤ） ダウン症候群 てんかん（ウエスト症候群）	〇〇県立〇〇病院〇〇科 〇〇大学病院〇〇科 〇〇市立病院〇〇科 〇〇病院〇〇科	平成〇〇年〇月 平成〇〇年〇月 平成〇〇年〇月 平成〇〇年〇月
アレルギー・健康上の留意点	・食物アレルギー（鶏卵、牛乳、ナッツ）があります。 ・ぜん息があります。 ・ラテックスアレルギーがあります。 ・心疾患があるため、運動制限があります。中等度の運動までは可能です。		

てんかん発作	（有）・無	服薬	（有）・無　服薬名（テグレトール、イーケプラ、デパケン　）
服薬（てんかん以外）	（有）・無	服薬名（エビリファイ、リスパダール、コンサータ、メラトベル、ストラテラ　）	

障害者手帳等	☑療育手帳（　A　・　B　）　交付日令和　〇年〇〇月〇〇日　次の判定年月　令和　〇年〇〇月
	☑身体障害者手帳（　３　）級　交付日平成〇〇年〇〇月〇〇日
	□精神障害者保健福祉手帳（　　）級　交付日　　年　　月　　日　有効期限　令和　　年　　月　　日

心理・発達検査等	検査名	結果	実施年月日	実施者
	WISC-Ⅳ 田中ビネー知能検査Ⅴ	FSIQ:00(VCI:00 PRI:00 WMI:00 PSI:00) 知能指数(IQ):00	令和〇年〇月〇日 令和〇年〇月〇日	〇〇県〇児童相談所 〇〇病院〇〇科

欠席の状況	学年	欠席日数	事由（欠席日数が７日以上の場合に記入）
	１年	３５日	入院１０日、体調不良１５日、通院５日、家事都合５日
	２年	７日	体調不良５日、通院２日
	３年	６日	

指導上参考となる事項	
学習面	※第３学年における学習への取組の様子や変容について簡潔に記入すること。
生活面	※学習面以外における本人の様子や今後の指導の参考となる事項について簡潔に記入すること。なお、第３学年における欠席日数が３０日以上の場合は、その主な理由や状況等について記入すること。
社会性（コミュニケーション）	※第３学年における対人関係の様子、コミュニケーション能力及び集団への参加状況等について簡潔に記入すること。

卒業等	令和　９年　３月（卒業見込・卒業）
記載責任者氏名　印	〇〇　〇〇　印鑑

記載内容に誤りがないことを証明します。

令和　８年１２月〇〇日

学校名　〇〇〇立〇〇〇〇学校

校長氏名　〇　〇　〇　〇　公印