

(教育相談)

基本調査票

(記入日 令和 年 月 日)

ふりがな 名 前	性別 (男 ・ 女)		
生年月日	平成・令和 年(西暦 年)	月 日 () 歳	
通園施設名・学校名／ 担任(担当)の先生	／担任(担当) 先生		
居住地の小学校又は 中学校名 (小中希望者のみ)	区	学校	
基礎疾患			
併せ有する障がい			
医療的ケア	有 無	・経鼻経管栄養 ・胃ろうによる経管栄養 ・吸引 [口腔内 鼻腔内 気管カニューレ内] ・その他 ()	
アレルギー	有 無	()	

※以下は、手帳の記載通りにご記入ください。

身体障がい者手帳	有 無 取得見込み	等級 [1級 2級 3級 4級 5級 6級] 種別 [1 2] 申請中 交付日 平成・令和 年 月 日
	障がい名	
療育手帳	有 無 取得見込み	判定 [A B 1 B 2] 種別 [1 2] 申請中 次回更新日 令和 年 月 日

ふりがな 保護者名	(続 柄)	
ふりがな 保護者名	(続 柄)	
現住所	〒	
連絡先	① ()	
	② ()	

※この用紙は、本校に入学されなかった場合は適切に処分させていただきます。