

(様式 7)

調査書

(知的障がい通常学級、重複障がい学級、訪問教育学級)

整理番号

※

志願者	ふりがな 氏名				性別	男・女	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生					
	現住所	(施設名:)					
	出身校	立 学校 中学校 (通常の学級・知的障がい特別支援学級・自閉症・情緒障がい特別支援学級) 特別支援学校 (通常学級・重複障がい学級・訪問教育学級) ※該当するものに○してください。 昭和・平成・令和 年 月 卒業・卒業見込					
受検に 関する 事前の 教育 相談	受検に関する事前の教育相談実施日 令和4年 月 日 ()						
	実施校: 支援学校						
	参加者	志願者 氏名 () 保護者 続柄 () 氏名 () 学級担任等 職名 () 氏名 ()					
事前 の 教育 相談	(1) 学校教育法施行令第22条の3に該当していることを確認した。 <input type="checkbox"/> 療育手帳 (有・無) (判定:) (次回判定: 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (有・無) (等級: 種 級) (障がい名:) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (有・無) (障害等級: 級) <input type="checkbox"/> 医師の診断書 ^{※1} (有・無) (診断名:) (診断機関:) <input type="checkbox"/> その他 ()						
	(2) 特別支援学校の教育課程について説明を受け確認した。 <input type="checkbox"/> 確認済						
	(3) 卒業後の進路について説明を受け確認した。 <input type="checkbox"/> 確認済						
※1 医師の診断書については、知的障がいの場合、別途、発達検査結果の写しの提出を求めることがある。							
身体 の 状況	視力	右 ()	左 ()	聴力	右 () 左 () <input type="checkbox"/> 異常なし	その他	
	障がいや疾病等による配慮事項						

心理検査	検査名	結果	実施年月日	検査実施機関名
基本的 生活習慣の 状況	衣服の着脱			
	食 事			
	排 泄			
	そ の 他			
学 習 の 状 況	国 語			
	社 会			
	数 学			
	理 科			
	音 楽			
	美 術			
	保健体育			
	職業・家庭 (技術・家庭)			
	外 国 語			
	総合的な 学習の時間			
	特別活動			
	自立活動			

心理行動面の特性	
----------	--

生徒指導上参考となる事柄等	
---------------	--

出欠の記録	学 年	欠席日数	備 考（主な理由等）
	1 年		
	2 年		
	3 年		

受検時の配慮事項（支援の有・無等、特に必要な事項について）

この調査書は事実に相違のないことを証明する。

令和 年 月 日

学校長氏名

印