

(様式7)

# 調査書

(知的障がい通常学級、重複障がい学級、訪問教育学級用)

		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: )			
	出身学校	立 学校 中学校 通常の学級 特別支援学級(知的障がい 肢体不自由 身体虚弱 弱視 難聴 自閉症・情緒障がい 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			
受検に関する事項	受検に関する事前の教育相談実施日 令和6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	確認事項	(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 ( )			
	確認事項	(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			
	確認事項	(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	
記載責任者氏名	学校長氏名
	印