

健康に関する調査書

愛知県立三好特別支援学校

ふりがな 氏名		性別		生年月日	平成 年 月 日生
主障害名、病名等					
項 目		現 在 の 状 況 と 配 慮 事 項			
感覚・運動	視 覚	〔視力〕 右 () 左 () 測定不可 ※矯正している場合は、() 内に矯正視力を記入 〔障害〕 あり なし 〔障害がある場合、その状況と配慮する事項〕			
	聴 覚	〔聴力〕 右 左 測定不可 〔障害〕 あり なし 〔障害がある場合、その状況と配慮する事項〕			
	ま ひ	あり なし 〔まひがある場合、その状況と配慮する事項〕			
言語	会 話 (発語)	できる できない 〔発語や会話の程度〕			
慢性疾患	心臓疾患	あり(病名) なし 〔ある場合、運動制限の程度や配慮する事項〕			
	その他の 慢性疾患	あり(病名) なし 〔ある場合、運動制限の程度や配慮する事項〕			
てんかん	発 作	あり なし 〔発作がある場合、その頻度や様子、対応の仕方〕			
その他		〔その他、入学者選考当日に健康・安全面で留意する点があれば記入してください〕			
学校名			記載責任者 職・氏名		