

調査書Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ類型 (学校記入用) No.1

広島県立西条特別支援学校

学 校 名			
学 校 所 在 地	〒	電話 ()	—
ふ り が な 志 願 者 氏 名	生年月日 平成 年 月 日		性別
在 籍 学 級	中 学 校：□通常学級 □知的障害 □肢体不自由 □自閉症・情緒障害		
※ 該 当 に <input checked="" type="checkbox"/>	特別支援学校：□準ずる教育課程 □知的代替 □自立活動主 □訪問教育		
障 害 の 状 況			
1 手帳 ○を付けてください。 ※ 有の場合は、〔 〕の 中に判定や等級等を 記入してください。	身体障害者手帳	有〔 種 級 〕・無 ※次回判定年月： 年 月	
	療 育 手 帳	有〔 ㊤ A ㊤ B 〕・無 ※次回判定年月： 年 月	
	そ の 他 の 手 帳	有〔 〕・無	
2 医療面の配慮等 (医療的ケア含) ※ 有、無のどちらかに ○をつけてください。 ※ 有の場合、該当するもの に <input checked="" type="checkbox"/> してください。	〔有〕 □ 吸引 (□ 口腔鼻腔内の吸引 □ 気管カニューレ内の吸引 □ 気管切開部の衛生管理) □ 吸入 □ 酸素療法 □ 経管栄養 □ 導尿 □ てんかん発作時等の対応 (□ VNS (迷走神経刺激療法) □ 座薬) □ インスリン療法 □ その他 () 〔無〕		
3 知能(発達)検査等の 諸検査の履歴 ※ 有、無のどちらかに ○をつけてください。	〔有〕 ・ 〔無〕	〔 有 〕 の 場 合	
		検 査 名 及 び 結 果 内 容 等	実 施 時 期
			平成・令和 年 月 日
			平成・令和 年 月 日
		平成・令和 年 月 日	
4 診断名・診断機関	診 断 名		
	診断機関 (病院名等)		
5 合理的配慮	(1) 机の高さ〔 〕cm 椅子の高さ〔 〕cm (2) 持ち込みするもの (座位保持装置, 車椅子用テーブル等) (3) その他 (代読・代筆・個室等)		

※ この文書は本校入学後、生徒の取組に活かしていくためのものです。

※ 各項目は変更しないでください。

調査書Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ類型 (学校記入用) No.2

広島県立西条特別支援学校

※ 各学校の教育課程に応じて記入できる箇所を記入してください。(空欄も可)

※ 各項目は変更しないでください。

教科・領域等	履修後の学力等の状況		
国語			
社会			
数学			
理科			
音楽			
美術			
保健体育			
技術・家庭 (職業・家庭)			
外国語 (英語)			
特別活動			
自立活動			
日常生活の指導			
生活単元学習			
作業学習			
総合的な学習の 時間			
記入年月日	令和 年 月 日	記入者氏名	印
立 学校		校長氏名	印