

# 早島支援学校 学校公開 教育相談個人票

(教育相談時に下記の項目について可能な範囲で御記入したものを御提出ください。)

ふりがな 児童生徒氏名		男 女	生年月日 S・H・R 年 月 日						
所属園・学校 病院等	(週 回利用)	ふりがな 保護者氏名							
住所・電話	〒 - 電話 - -		( 小学校区 中学校区)						
病名(障害名)									
身体障害者手帳 【有・無】	交付番号《 》 級 種	交付年月日 S・H・R 年 月 日							
療育手帳 【有・無】	交付番号《 》 判定【A・B】	交付年月日 S・H・R 年 月 日 次の更新年月 S・H・R 年 月							
通院・リハビリ	病院名	担当医(科)・療法士							
・主治医 (かかりつけ医) ・PT(理学療法) ・OT(作業療法) ・ST(摂食指導 または言語療法) ・その他									
①必要な医療的ケア等について 【有・無】  ( )に○を記入 該当項目に○を記入	《 種類・頻度・配慮事項等 》								
	<input type="checkbox"/> 痰等の吸引(口腔・鼻腔・気管切開部) <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 吸入(生理食塩水・薬液) <input type="checkbox"/> 酸素吸入(常時・夜間・応急) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理 <input type="checkbox"/> 用手換気(日常・応急) <input type="checkbox"/> 血糖値測定 <input type="checkbox"/> その他( )								
②病状(入院・手術歴)、生活、運動規制等									
発作 【有・無】	《頻度・状況・配慮等》								
アレルギー 【有・無】	《種類》	《家庭・在学園での状況、対応》  エピペン対応(有・無)							
希望する 通学方法	<input type="checkbox"/> スクールバス <input type="checkbox"/> 保護者送迎 <input type="checkbox"/> 自力通学	家族構成	続柄						
		年齢 学年							

◎記入内容については個人情報として、取り扱いには厳重に注意をいたします。

記入例

ふりがな 児童生徒氏名	早島 太郎		男・女	生年月日 S(H)R23年6月13日							
所属園・学校 病院等	岡山幼稚園 (週 5 回利用)		ふりがな 保護者氏名	早島 二郎							
住所・電話	〒701-0304 086-482-2131 都窪郡早島町早島4063		(倉敷東 小学校区 倉敷北 中学校区)								
病名(障害名)	・脳性麻痺、 ・大動脈狭窄症										
身体障害者手帳 【有・無】	交付番号《 23456 号 》 1 級 1 種		交付年月日 S(H)R 22年 2月 22日								
療育手帳 【有・無】	交付番号《 3333333 号 》 判定【(A) B】		交付年月日 S(H)R 23年 3月 3日 次の更新年月 S(H)R 30年 3月								
通院・リハビリ	病院名		担当医(科)・療法士・その他								
・主治医 (かかりつけ医) ・PT(理学療法) ・OT(作業療法) ・ST(摂食指導 または言語療法) ・その他	倉敷中央病院		O O Dr. (小児科 主治医 月1回受診)								
	岡大病院		△△ Dr. (脳神経外科 半年に1回検査)								
	旭川療育センター		PT ○○先生 (毎週1回(水)指導)								
	旭川療育センター		OT ~~~先生 (隔週で月2回指導)								
	旭川療育センター		ST □□先生 (摂食指導 月1回指導)								
①必要な医療的ケア等について 【有・無】 ( )に○を記入 該当項目に○を記入	《 種類 ・ 頻度 ・ 配慮事項等 》										
	( )痰等の吸引( 口腔・ <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔・ <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開部 ) ( )経管栄養(経鼻・胃瘻・ <input checked="" type="checkbox"/> 腸瘻) ( )導尿 ( )吸入( 生理食塩水 ・ 薬液 ) ( )酸素吸入( 常時 ・ 夜間 ・ 応急 ) ( )人工呼吸器管理 ( )用手換気( 日常 ・ 応急 ) ( )血糖値測定 ( )その他( )										
②病状(入院・手術歴)、生活、運動規制等について	例 ・いつ(何歳)の時、入院・手術などの経歴 ・シャント、ペースメーカーなど、体内に留置されているもの ・生活指導管理表を持っているか(管理区分)…心臓、腎臓、アレルギーなど ・運動制限があるか(プールなど)										
発作 【有・無】	《頻度・状況・配慮事項等》 小さな発作が1日5回程度ある。発作になると体が硬直し、1点をじっと見る。30分以上続いた場合は座薬を使用している。										
アレルギー 【有・無】	《種類》 牛乳		《家庭・在学園での状況、対応》 2年前に乳製品を口にし、全身に発疹がでた。現在は乳を使用した食品を全て除去しており、必要に応じて弁当を持参している。 など エピペン対応(有・無)								
希望する 通学方法	<input checked="" type="checkbox"/> スクールバス <input type="checkbox"/> 保護者送迎 <input type="checkbox"/> 自力通学		家族構成	続柄	父	母	姉	弟	祖母		
			年齢学年		40	35	9	2	60		