**早島支援学校　　学校公開　小中学部教育相談個人票**

（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】（　　）に〇を記入該当項目に〇を記入 | 《　種類　・　頻度　・　配慮事項等　》　 |
| （　　　）痰等の吸引（　口腔　・　鼻腔　・　気管切開部　）（　　　）経管栄養（経鼻・胃瘻・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 |  |
| 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 | □スクールバス【車いす席・シート席】□保護者送迎□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・R***２３***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*** | ***○○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】（　　）に〇を記入該当項目に〇を記入 | 《　種類　・　頻度　・　配慮事項等　》　 |
| （　***〇***　）痰等の吸引（　口腔　・　鼻腔　・　気管切開部　）（　***〇***　）経管栄養（経鼻・胃瘻・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（・無） |
| 希望する通学方法 | □スクールバス【車いす席・シート席】□保護者送迎□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*** |  |  |