

入学相談における確認書

相談日 令和7年 月 日 ()

よみがな			男 ・ 女	生年 月日	平成 年月日生	
生徒氏名						
住所	(例: 青森市西田沢字浜田 ※番地等不要)			来校 保護者	父・母 その他()	
在籍校	学校	学年	年	学級	通常	特別支援学級 (肢/知/自・情)
所持手帳	・愛護(療育)手帳 有・無 (A・B) ・身体手帳 有・無 (種 級) ・精神手帳 有・無 ()		学校見学	未・済	授業体験	未・済

	項目	内 容
1	障がい名・疾患名	障がい名
		疾患名
2	定期受診(病院名)	有・無 (病院)
3	入院歴・手術歴	有・無 ()
4	(1)アレルギー・体质 (2)心臓疾患等	有・無 () 管理指導表を 希望する(アレルギー・心臓疾患等)・希望しない
5	服薬	有・無
		薬名 () ()
6	薬の学校保管について (てんかん座薬・頓服薬)	学校での保管を 希望する・希望しない
7	疾患等への配慮事項等	
8	その他 (運動制限等)	医療的ケアの必要性 有 無