

# 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	平成	
生徒氏名						月 日	年 月 日生	
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・体質 (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