

# 入 舎 申 込 書

記入日

令和      年      月      日

児童生徒の写真

- 1 5cm×4cm程度
- 2 最近（3ヶ月以内）  
に撮影したもの
- 3 本人の顔が確認できる  
ものであれば可  
(スナップ写真切り抜き可)

本人	ふりがな			性別	男・女		
	氏名						
	学校名			小・中・高      年      組			
	生年月日	平成      年      月      日 (満      歳)					
保護者	ふりがな					続柄	
	氏名						
	ふりがな						
	住所	〒      -      -					
連絡先	電話			緊急時	( 続柄 )		
保証人※	ふりがな					続柄	
	氏名						
	ふりがな						
	住所	〒      -      -					
連絡先	電話			緊急時	( 続柄 )		
家族構成	氏名		続柄	年齢	職業(勤務先・学校名)		
入舎希望理由							

※保証人＝緊急時や生徒の体調不良時に保護者の迎えができない場合に、代わりに対応が可能な方(金銭の保証ではありません)

## 健康記録

学校 (現)小・中・高 学部 年 氏名

該当する内容の□欄にレ点をつけてください。( )内には内容を詳しく記入してください。

1 平熱 ( )度	2 血液型 ( )型
3 障害名 ( )	
療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 ( A1・A2・B1・B2 )
身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 ( 第 種 級 )
精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 ( 級 )
4 治療中(通院中)の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 病名 )	
5 かかりつけ病院 ( ) 連絡先:	6 担当医師 ( )
※ かかりつけ病院や担当医師がいる場合はご記入をお願いします。	
7 服用薬、塗布薬(有の場合、薬の内容と注意する食材などあればご記入をお願いします。) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
8 アレルギー(有の場合、アレルギー種類と対応方法をご記入をお願いします。) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
9 発作(ぜんそくやてんかん等 有の場合、様子や対応方法をご記入をお願いします。) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
10 体調不良の時の意思表示(有の場合、どのような意思表示かご記入をお願いします。) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
11 情緒が不安定な時(有の場合、不安定になる状況と家庭での対応方法をご記入をお願いします。) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
12 その他 健康面で気になること、注意してほしいこと	

## 生活記録(保護者用)

学校 (現)小・中・高 学部                      年 氏名

該当する内容の□欄にレ点をつけてください。( )内には内容を詳しく記入してください。

睡眠	寝つき <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない                      夜中に起きること <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                      ) 時頃	
	<input type="checkbox"/> ひとりで寝ている <input type="checkbox"/> 時々添い寝が必要 (                      )	
食事	<input type="checkbox"/> 自立                      好きな食べ物 (                      )      苦手な食べ物 (                      )	
	<input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )      補助食器 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 他(                      )	
排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )	
排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )	
夜尿	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有      頻度 (                      )	
月経	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有      支援 (                      )	
洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )	
歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )	
登校準備	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )	
移動	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> 手動車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他	
対人関係 (性格など)		
好きなこと 得意なこと		
嫌いなこと 苦手なこと		
家庭での様子 過ごし方		
家庭以外での 宿泊経験		
〔特記事項〕日常生活(安全面を含めて)で気をつけてほしいこと、伝えておきたいこと		

## 児童生徒生活記録(学級担任用)

記入者氏名 \_\_\_\_\_

学校 (現)小・中・高 学部 \_\_\_\_\_ 年 氏名 \_\_\_\_\_

該当する内容の□欄にレ点をつけてください。( )内には内容を詳しく記入してください。

睡眠 <small>(宿泊学習の様子など)</small>	寝つき <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない                      夜中に起きること <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                      )					
	<input type="checkbox"/> ひとりで寝ている			<input type="checkbox"/> 時々添い寝が必要 (                      )		
食事	<input type="checkbox"/> 自立		好きな食べ物 (                      )		苦手な食べ物 (                      )	
	<input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )			補助食器 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 他(                      )		
排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )				
排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )				
月経	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有    支援 (                      )				
洗面	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )				
歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )				
登校準備	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支援が必要 (                      )				
移動	<input type="checkbox"/> 自力歩行	<input type="checkbox"/> 電動車椅子	<input type="checkbox"/> 手動車椅子	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 補装具	<input type="checkbox"/> その他
対人関係	※集団生活で気になること等を記入お願いします。					
好きなこと 得意なこと						
嫌いなこと 苦手なこと						
学級での様子						
[特記事項]学級活動で気をつけていること、指導上気をつけていることや伝えておきたいこと ※家庭や関係機関との連携等 別紙添付も可						