様式３の２（重複障害学級用）

入学選考事前調査表

◎　この入学選考事前調査表は、選考検査を円滑に行うためのものです。個人情報として慎重に取り扱い、目的以外には使用しません。

　　なお、該当生徒の担任（中学校を卒業後、学校に通っていない出願者については出身中学校で出願者をよく知る職員）が記入してください。必要に応じて、保護者から情報を収集してください。出願前に内容を提示し、保護者の確認印をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出願者氏名 |  | 性別 | 男 ･ 女 | 在籍校 |  |
| 記入者氏名 |  | 出願者との関係 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　身長　　　　　cm　体重　　　　ｋｇ

１　次の内容について、当てはまるものを○で囲んでください。（複数回答可）

（１）いすの使用は、　　　　　　している　　　していない

（２）机の使用は、　　　　　　　している　　　していない

（３）バギー、車いすの使用は、　している　　　していない

（４）午前中の給水は、　　　　　必要あり　　　必要なし

　　　　　　　　　　　　　　　　　↓

　　　　　　　　　　　　（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（５）医療的ケアは、　　　　　　　必要あり　　　必要なし

　　　　　　　　　　　　　　　　　↓

　　　　　　　　　　　　（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（６）日常の体位は、　　　　　　立位　　腹臥位　　側臥位　　仰臥位

　　　　　　　　　　　　　　　　長座位　　あぐら座位　　いす座位

２　最近３カ月で、疾病・発作等があった場合は、その発症日・状況・対応について、具体的にご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

３　次の内容に関して、必要な配慮や支援について、具体的にご記入ください。

（１）健康

|  |
| --- |
| ・平熱 |
| ・服薬 |
| ・補助的機器 |

（２）移動・身体の動き

|  |
| --- |
|  |

（３）食事・着替え・排せつ

|  |
| --- |
|  |

（４）コミュニケーション

|  |
| --- |
|  |

（５）その他（嗜好等について）

|  |  |
| --- | --- |
| 好きな食べ物 | 趣味や余暇として楽しめるもの |
|  |  |

４　その他健康面等を含め、あらかじめ詳しく学校に伝えておきたいことがあれば、養護教諭による「保健面接」を行うことができます（選考検査日と同日）。

　　保健面接の希望の有無について 　　　　　希望する　　　しない

※学校から面接をお願いする場合もあります。その場合は在籍校を通して事前に連絡します。

※上記情報を、入学選考出願時に小千谷市立総合支援学校長に提出することに同意します。

|  |
| --- |
| 出願者保護者名　　　　　　　　　　　　　 |