

ふりがな \_\_\_\_\_ ◇生年月日 \_\_\_\_\_ 男・女  
 ◇参加児名 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 満 \_\_\_\_\_ 歳

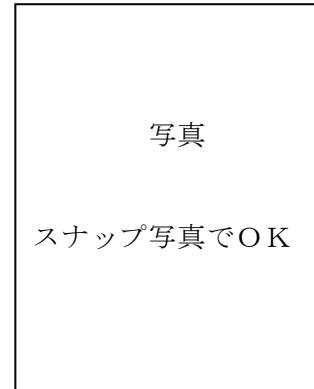
◇学校・学年 \_\_\_\_\_ 立 \_\_\_\_\_ 小学校・中学校 \_\_\_\_\_ 学年  
 (通常学級・特別支援学級・特別支援学校)

◇住所 〒 \_\_\_\_\_

◇電話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

◇緊急時の連絡先 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

◇家族構成



氏名	年齢	続柄	学年など	備考・携帯番号

◇診断について ※高機能自閉症、アスペルガー症候群、高機能広汎性発達障害、ADHD、LD、もしくは他の障害と診断を受けた医療機関名、年月、その時の年齢をお書き下さい。複数の診断名のある方は参考として教えて下さい

年 月 歳のとき 診断名： \_\_\_\_\_ 医療機関名： \_\_\_\_\_

◇健康・生活

身長	_____ cm	体重	_____
血液型	_____ 型 R H	平均体温	_____
視力	右 _____ 左 _____	メガネ・コンタクト	右 _____ 左 _____

◇健康上の留意点

発作 起こしたことが ない ・ ある 最近の発作 \_\_\_\_\_ 年 月 歳のとき  
 発作の種類と対処方法 \_\_\_\_\_

薬(申込時) 無 ・ 有 (薬の飲み方 1日 \_\_\_\_\_ 回、自分で飲む ・ 声かけが必要  
 薬の名前 \_\_\_\_\_  
 ピリン系のアレルギー  
 その他のアレルギー \_\_\_\_\_

◇いままでにかかった大きな病気 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ 歳のとき \_\_\_\_\_ )

◇その他健康上の留意点をくわしく教えて下さい (記入例：吸入が必要だが、自分でできる)

◇楽習会参加希望の動機や学習会への期待、要望など

◇お子さんの学習について、現在の課題を教えてください

( 記入例 算数：2桁の足し算の筆算。繰り上がりのあるもの )

国語
算数・数学
その他 (            )

◇お子さんに適した学習の支援方法があれば教えてください

◇集団レクリエーション参加における課題や希望があれば教えてください

◇その他 ご要望などがあればお書き下さい