

## 障害等状況調査書

※受検番号( )

北海道拓北養護学校

ふりがな 出願者氏名		昭和 年 月 日 平成
1 障 害 等 に つ い て	(1) 障害名	
	(2) 診断名	
	(3) 判定の時期 診断した医療機関	
	(4) 身体障害者手帳	(有・無) 種 級 第 号 年 月 日 交付
		障害名
	(5) 療育手帳	(有・無) A · B · B — 年 月 日 交付
(6) その他の手帳	(有・無) 年 月 日 交付	
2 障 害 等 の 具 体 的 な 状 況 に つ い て	(1) 身体の状況 部位、現症	(例 右上肢まひ 左足膝下欠損 右足拘縮 右股関節脱臼 など)
	(2) 言語の状況	障害なし・障害あり ( )
	(3) 視力の状況	障害なし・障害あり 視力 右( ) 左( ) 診断名( ) 障害の状況( )
		障害なし・不明・測定不能 障害あり 右( dB) 左( dB) 補聴器(要・不要) 診断名( ) 障害の状況( )

注)※の欄は、記入しないこと

				出願者氏名	
3 医 療 に つ い て	(1)発 作	ア 発作の有無	有 ・ 無		
		イ 発作の種類			
		ウ 発作の頻度	年 ・ 月 ・ 日 ( ) 回		
		エ 服 薬	有 ・ 無		
		オ 発作時の様子			
	(2)継続治療 及び 定期健診	(受診する科 受診の目的 受診の間隔 など)			
	(3)医療的処置 及び 配慮事項	(酸素吸入 痰の吸引 導尿 経管栄養 など)			
	(4)その他				
4 医 療 歴 ・ 訓 練 歴	(1)医療歴 (含手術)	内 容	時 期	医 療 機 関	
		(2)訓練歴	内 容	時 期	医 療 機 関
5 総 合 所 見					
学 校 名		令和 年 月 日			
校 長 名		印	記入者氏名	印	