

(資料2)

# 短期入校訓練 事前調査票

記入日 平成 年 月 日 記入者 \_\_\_\_\_

体験入校期間	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )
	(入校時間) : 頃 (退校時間) : 頃 (食事注文) 朝・昼・夕 (食事注文) 朝・昼・夕

第三セクター 職業訓練法人

長崎能力開発センター

社会福祉法人 南高愛隣会

宿泊型自立訓練 雲仙・ふたば

# プロフィール

本人	フリガナ				性別	男 ・ 女	写真 (どんな写真でも構いません)
	氏名						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生(満才)		
	本籍						
	出身(在籍)校等				血液型		
	I Q	(検査年月日)	年金	無	・ 1級	・ 2級	
	療育手帳	A1・A2・B1・B2(次回判定日)	身体障害者手帳	有( )	級	・ 無	
後見人等	氏名				続柄		
	現住所	〒 TEL: FAX:					
	その他の連絡先	※緊急の連絡先として、差し支えなかったら、職場・携帯電話などを記入してください。			職場名	携帯電話:	
		電話:			※後見人等とは・・・本人に代わり、または本人を支援し、人権、財政等を正しく守りうる責任能力を有している方のことです。		
家族代表者	氏名				続柄		
	現住所	〒 TEL: FAX:					
	その他の連絡先	※緊急の連絡先として、差し支えなかったら、職場・携帯電話などを記入してください。			職場名	携帯電話:	
		電話:					
家族構成	※家族構成は、同別居にこだわらず、すべて記入してください。						
	氏名	続柄	生年月日	職業	現住所(市町村まで)	同別居	

障害の程度	療育手帳	判定	A1	A2	B1	B2	IQ		
	身障手帳	有 ( 級)	無	障害部位					
	精障手帳	無	1級	2級	3級				
	精神面の状況 (自閉症・そううつ・精神障害・情緒障害など)						その他の機能障害		
医療状況	てんかん	有	無	発作の状況					
	ぜんそく	有	無	発作の状況					
	投薬 <small>塗り薬も含めて</small>	有	無	投薬の種類					
	現在、治療中の疾病	有	無	病名(症状) 病院名					
	留意すべき点								
	その他の内部疾患				主な既往症 (過去の大きな病気・けがなど)				
本人の履歴			期間			学校名・施設名・会社名			
	学歴	.		~	.				
		.		~	.				
		.		~	.				
	施設利用歴	.		~	.				
		.		~	.				
	職歴	.		~	.				
		.		~	.				

生活面の状況・その他	項目		現在の状況（気をつける点）	
	起床	（自立 要確認 要介助）		
	洗面・歯磨き	（自立 要確認 要介助）		
	入浴	（自立 要確認 要介助）		
	洗濯	（自立 要確認 要介助）		
	食事	（自立 要確認 要介助）		
	食生活	※過食・小食・偏食・好き嫌い他		
	身辺整理	（自立 要確認 要介助）		
	身だしなみ	（自立 要確認 要介助）		
	清潔	（自立 要確認 要介助）		
	その他の生活面の状況（心配される点）			
現在の日中生活の状況（在学中・自宅待機中・施設利用中・休職中など）				
その他・特記	趣味・特技		得意な科目	
	訓練面・生活面・健康面で特に心配な点			
	短期入校希望の理由			