様式７　　　　　　　　　　　　　　　　　　**健康調査票**

**福岡県立直方特別支援学校**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 教育部門等 | 氏　　　　名 | 性別 | 生　年　月　日 | 受検番号 |
| 知的障がい(　　)  肢体不自由(　　)  訪問教育(　　) |  |  | 平成　　　年　　月　　　日生 | ※ |
| １　障がいに関する診断名：  ※障がいに関する診断名は、例えば、「脳性まひによる四肢体幹機能障がい」のように病名及び障がいに関する状況等を記入してください。  ・原因  ・症状  ２　その他の病名  ３　身体状況（四肢体幹の変形欠損及び機能障がいがある場合は記入してください。）    　脱臼の有無：有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無  ４　医療的ケアの有無：　有　・　無  　　※有の場合は、経管栄養、導尿、気管切開部からの吸引、酸素の吸入、薬液吸入等具体的に記入してください。  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ５　発作の有無：　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無  ６　アレルギーの有無：　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無  ７　現在服用している薬：  　　　有（薬の名称、服用回数など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無  令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |