　※印は記入しないでください。

報　 告　 書

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 | 高等部 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学 校 名 | |  | | | | | 校長氏名 | | |  | | | | |
| 所 在 地 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ | | | | | | | | | | | | |
| 担任氏名 | |  | | | | | 記入者氏名 | | |  | | | | |
| ふりがな | |  | | | | 性別 | 生年月日 | | | 平成 　　年 　　月 　　日 | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | 男  ・  女 | 年　　齢 | | | 歳　　　月(12月１日現在） | | | | |
| 卒 業 等 | | | 令和　 　年　３月　 卒業見込み | | | | |
| 保護者氏名 | |  | | | | 本人との関係 | | |  | | | | 職　業 |  |
| 現 住 所 | | 〒 | | | | | | | | | | 本籍地 　　　　 都･道･府･県 | | |
| 注）男女は，該当の箇所に〇印　　　職業は，会社員・公務員・教員・団体職員・自営等 | | | | | | | | | | | | | | |
| 学  習  の  記  録 | 教科等名 | | | 具体的事項（例：必要に応じて簡単にメモを取りながら要点を落とさずにまとめることができる，計算機器を使って簡単な計算をする等) | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
| 検  査  の  記  録 |  | | 実施年月日 | | 検　査　名 | 結　果 | | 検査者氏名 | | | 性格・行動面の特徴 | | | |
| ＊  知能検査 | |  | |  |  | |  | | |  | | | |
| その他の検査 | |  | |  |  | |  | | |
| 出  欠  の  記  録 |  | | 出席すべき日数 | | 欠席日数 | 欠席の主な理由 | | | | |
| 第１学年 | |  | |  |  | | | | |
| 第２学年 | |  | |  |  | | | | |
| 第３学年 | |  | |  |  | | | | |
| 注)　第３学年は９月末日までの日数を記入 | | | | | | | | | |

＊知能検査の欄にはIQの数値を必ず記入してください。発達検査の数値は「その他の検査」欄に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 家  庭  環  境 | ■養育態度・ＰＴＡへの参加など |
| こ指  と導  が上  ら参  　考  　と  　な  　る |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身  体  ・  健  康  の  記  録 | 身　　長 | | | ．　　ｃｍ | | 年  　月  　現在 | 聴  力 | 右 | 異常なし・あり（ ) |
| 左 | 異常なし・あり（ ) |
| 体　　重 | | | ．　　ｋｇ | | 耳鼻咽頭疾患 | | なし ・ あり（ ) |
| 栄養状態 | | |  | | | 皮ふ疾患 | | なし ・ あり（ ) |
| 脊柱・胸郭 | | | 異常なし･あり( 　 ） | | | 結核検診 | | 異常なし・あり（ ) |
| 視  力 | 右 | | （　　　　　　） | | | 心臓疾患異常 | | なし ・ あり（ ) |
| 左 | | （　　　　　　） | | | 尿 検 査 | | 異常なし・あり（ ) |
| 眼の疾病・異常 | | | | なし･あり（ ） | | 歯・口腔疾患 | | なし ・ あり（ ) |
| 障害名 | |  | | | | 医療機関名 | |  |
| 疾病等 | |  | | | | 服薬状況 | | 回／日 |
| 身体・健康面での留意点等 | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 秋田大学教育文化学部附属特別支援学校長　様  　　　　　　　　　　　 以上の記載事項に相違ないことを証明します。  　　　 令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 学 校 名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 校長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　職　印 |