別記２号様式

**状 況 調 査 書**

**保護者または支援者等、生活状況を把握しておられる方がご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受験者氏名 |  | 記入日 |  　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 記入者氏名 |  | 受験者との関係 |  |

現在利用中の支援機関 　※区市町村福祉課、生活支援、福祉施設、特別支援学校等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支援機関名 |  | 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | 【電話】　　　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　　　　【FAX】　　　　　　　（　　　　　　　） |

公共職業訓練等の受講歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訓練校名 |  | 訓練科名 | 　　科　　 |
| 訓練期間 | 年　　　月　　　日 ～　 　　　　年　　　月　　　日　 | 修了等 | 修了　・　中退 |

職場実習等の履歴 　※実習経験が２回以上あるときは直近のもの

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習先 |  | 期 間 | 年　 　月～　 　年　 　月（　 　　日間） |
| 主な作業 |  |

健康状況等 　※入校後に通院・治療を要する疾患、配慮を要する疾患等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障がい(注) | 有・無　　　　　　級 | 種類 |  | 服薬 | 有・無 |
| 身体障がい(注) | 有・無　　　　　　級 | 種類 |  | 服薬 | 有・無 |
| てんかん | 有・無　　　型：　　　　　　　　 頻度：　　　　　　　　　 　　　直近：　　　　月頃 | 服薬 | 有・無 |
| アレルギー等 | 有・無　　主な症状： | 服薬 | 有・無 |
| 健康管理上の注意および配慮事項 |

（注） 療育手帳（愛の手帳、みどりの手帳等）の他に、手帳をお持ちの場合のみ記入してください。