

整理番号

入 学 願 書

兵庫県立神出学園に入学したいので、許可くださるようお願いします。

年 月 日

兵庫県知事 様

本人 住所

名前

電話 () - 番

保護者 住所

名前

電話 () - 番

様式第2号

履 歴 書

提出日（平成 年 月 日）現在

写真添付欄

- 1 正面上半身を無帽で撮影したもの(裏面に記名)
- 2 縦4.5センチメートル、横3.5センチメートルのもの
- 3 提出日の前3ヶ月以内に撮影したもの

本 人	ふりがな		
	名 前	年 月 日生 (歳) 男・女	
人	現住所	〒 (-) 電話 () - 番	
保 護 者	名 前		本人との続柄
	現住所	〒 (-) 電話 () - 番	
学 歴	年 月	立	中学校入学
	年 月	立	中学校卒業・卒業見込
	年 月		学校 入学 (現在 年在籍)
	年 月		学校 卒業・退学
職 歴	年 月		学校 入学
	年 月		学校 卒業・退学
	年 月から 年 月まで	() に勤務	
職 歴	年 月		学校 入学
	年 月		学校 卒業・退学
職 歴	年 月		学校 入学
	年 月		学校 卒業・退学
備 考	年 月		学校 入学
	年 月		学校 卒業・退学
備 考 (休学等の状況)			

(記入に当たっては、裏面の注意をよくお読みください。)

趣味・特技		
資格等	取得年月日	資格等の名称
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
応募の動機		

- 注意
- 1 インク又はボールペンで、本人が自筆で記入してください。
 - 2 所定の欄に記入しきれないときは、別の紙に記入してこの履歴書に添付してください。
 - 3 職歴の欄には、アルバイト等も記入してください。

健康調査票

本人の健康状態について該当するものに○印を入れ、〔 〕には必要事項をご記入ください。

ふりがな 名前	平成 年 月 日生(歳)		血液型 型 (Rh+・Rh-)	平熱 . 度
住所	〒		電話	自宅 緊急時
身長	. cm	体重	. kg	視力 矯正(メガネ・コンタクト・必要だがしてない)・不要
1	<p>今までに大きな病気(心臓病・腎臓病・血液の病気・骨や筋肉の病気・脳や神経の病気・その他の病気等)やケガをしたことがありますか。(はい . いいえ)</p> <p>「はい」の場合は、以下の質問にお答え下さい。</p> <p>[病気・ケガの期間 歳頃 月 日 ~ 歳頃 月 日迄]</p> <p>[どんな病気・ケガをしましたか]</p> <p>[どんな治療を何処で受けましたか 例)○日間○○病院に入院した]</p>			
2	<p>今までに学校の心臓検診や病院で心電図をとった際に、医師から注意を受けたことがありますか。(はい . いいえ)</p> <p>「はい」の場合は、以下の質問にお答え下さい。</p> <p>[いつ頃]</p> <p>[どんな注意ですか]</p>			
3	<p>アレルギーがありますか。(はい . いいえ)</p> <p>「はい」の場合は、以下の質問にお答え下さい。</p> <p>どんなアレルギーですか。 例)薬・アトピー性皮膚炎・食物・花粉症・蜂・動物]</p> <p>[どのような症状ですか。 例)そばを食べると、のどがかゆくなる]</p> <p>[アレルギーの原因は何ですか。 例)薬の名前、卵やサバ、アナフィラキシーショックを起こしたことがある]</p> <p>[どんな治療を受けていますか。 例)ステロイドを塗っている]</p> <p>[生活上注意することがありますか。 例)除去食事、食事制限をしている]</p> <p>本人はアレルギーがあることを自覚し、アレルギーの原因をさけることができますか。(はい . いいえ)</p>			
4	<p>からだの症状をよく訴えますか。(はい . いいえ)</p> <p>「はい」の場合は、該当する症状にも○印を入れてください。</p> <p>頭痛 腹痛 胃痛 下痢 便秘 吐き気 肩こり 歯痛 耳痛 眼痛 胸痛 咳 動悸 腰痛 鼻づまり 鼻汁 だるい 関節痛 発熱 めまい 喘息 睡眠不足 寝付きが悪い 何度も目が覚める 食欲がないケガをしやすい 月経痛 イライラする 生理が止まっている 過呼吸(突然呼吸が速くなりめまいやしびれが起こること) その他 []</p>			
5	<p>福祉手帳をお持ちですか。(はい . いいえ)</p> <p>「はい」の場合は、該当するものに○をつけてください。</p> <p>・身体障害者手帳 ・療育手帳 ・精神障害者保健福祉手帳</p>			
6	<p>不登校や心や身体のこと相談機関や医療機関に行かれたことはありますか。(はい . いいえ)</p> <p>いつ 機関名 どう言われましたか</p> <p>[歳頃] [] [服薬 有・無]</p> <p>[歳頃] [] [服薬 有・無]</p> <p>[歳頃] [] [服薬 有・無]</p> <p>[歳頃] [] [服薬 有・無]</p>			

裏面もご記入くださいますようお願いいたします

	<p>現在、心や身体のことがかかっている相談機関や医療機関のある人は状況を詳しく記入してください。</p> <p>・機関名 { 病院 科 主治医： 月に 回 通っている } { 月に 回 通っている }</p> <p>・どのようなこと、またはどのような症状で相談に行かれていますか。 例) 眠れない等 { }</p> <p>・診断名 { }</p> <p>・服薬状況(医院、薬局発行の薬記載用紙を提出いただいた場合は、下記の記載は不要です。) 例 薬の名前 [アストミン錠] ① { } ② { } ③ { } 1回に飲む量 [*10mg 1錠] ① { } ② { } ③ { } 飲む時間 [夕食後] ① { } ② { } ③ { } ※薬が何mgなのか、わかれば記入してください。</p> <p>・薬を飲む時の注意事項があれば記入してください。 例) 市販薬と併用してはいけない。 { }</p> <p>・薬の管理は誰がしていますか。 (本人 保護者)</p> <p>・健康面、生活面で留意することがあれば記入してください。 { }</p>
7	<p>食事は毎食(1日3回)食べていますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>「いいえ」の場合は、下記の該当するものに○印を記入してください。 [・朝食抜き ・昼食抜き ・夕食抜き ・いずれも食べない・1日3食以上摂取している]</p>
8	<p>起床・就寝時間を記入してください。 起床： 時頃 、 就寝： 時頃</p>
9	<p>自分のからだを傷つけたりしたことはありますか。 ・(以前あった 歳頃 ・以前あったが今はない ・今もある ・ない)</p> <p>家族に攻撃的になったり、物を壊したことがありますか。 ・(以前あった 歳頃 ・以前あったが今はない ・今もある ・ない)</p>
10	<p>心配なことはありますか。</p> <p>・宿泊選考について</p> <p>・その他</p>
12	<p>予防接種歴について記入して下さい。(母子手帳等を参考) *「MR」(麻疹・風疹混合ワクチン)を受けられた場合は、「麻疹」「風疹」両方に記入して下さい。</p> <p>麻疹(はしか) 1回目： 年 月 日 , 2回目： 年 月 日 風疹(三日はしか) 1回目： 年 月 日 , 2回目： 年 月 日 水痘(みずぼうそう) 1回目： 年 月 日 , 2回目： 年 月 日 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) 1回目： 年 月 日 , 2回目： 年 月 日</p>
13	<p>主治医に連絡して様子をお聞きしてもよろしいですか。 (はい ・ いいえ)</p>
14	<p>学園が医療機関の受診が望ましいと判断した場合は、医療機関を受診していただきますので、ご了承下さい。</p>

(上記の1~13について保護者が記載、確認し、14の内容について同意の際には、下の欄に自筆で記入願います。)

平成 年 月 日 保護者名 { }