

様式第1号（第6条関係）

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

(記入に当たっては、下の注意をよくお読みください。)

提出日(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4.5cm、横3.5cm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					年月日生(歳) 男・女	番
	名前						
保護者	現住所	〒(-)	電話(-)	-			
	名前					本人との続柄	
学 歴	年月	立				中学校入学	
	年月	立				中学校卒業・卒業見込み	
	年月					学校入学	
	年月					(現在年在籍)	
	年月					学校卒業・退学	
	年月					学校入学	
年月					学校卒業・退学		
職 歴	年月から	年月まで					
	()に勤務	
	年月から	年月まで					
()に勤務		
年月から	年月まで						
()に勤務		
備考 (休学等の状況)							

注意 1 インク又はボールペンで、本人が自書してください。

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。

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、本人が自書してください。
- 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			生年月日		血液型 型 (Rh+・Rh-)	平熱 度
			年	月		
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 医療機関や相談機関(こども家庭センター、発達支援センター等)に行かれたことはありますか。

※心や身体の不調、ケガなどで、病院や相談に行ったことがある場合は記入してください。

いつ 機関名 どう言われましたか

- | | | | | |
|--------|---|---|---|------------|
| [歳頃] [|] | [|] | 服薬 有・無 |
| | | | | 入院 月 日～月 日 |
| [歳頃] [|] | [|] | 服薬 有・無 |
| | | | | 入院 月 日～月 日 |
| [歳頃] [|] | [|] | 服薬 有・無 |
| | | | | 入院 月 日～月 日 |
| [歳頃] [|] | [|] | 服薬 有・無 |
| | | | | 入院 月 日～月 日 |

2 現在、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。

- ・機関名 [病院 科 主治医: 月に回 通っている]
- 〔 病院 科 主治医: 月に回 通っている]
- 〔 支援センター 担 当: 月に回 通っている]

・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

〔 〕

・診断名 [〕

・本人は診断名をご存じですか。(はい ・ いいえ)

・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、わかれれば記入してください。

・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。

〔 〕

・薬の管理は誰がしていますか。(本人 ・ 保護者)

・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。

〔 〕

3 主治医に神出学園に出願することを相談されましたか。(はい ・ いいえ)

・「はい」の方は、主治医のご意見をお聞かせください。

〔 〕

4 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)

5 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)

・「はい」の場合は、以下の質問にお答え下さい。

[いつ頃、どんな注意ですか]

6 アレルギーがありますか。 (はい ・ いいえ)

・「はい」の場合は、以下の質問にお答え下さい。

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

[]

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

[]

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

[]

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

[]

生活上注意する事がありますか。 例)除去食事、食事制限をしている

[]

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)

7 からだの症状をよく訴えますか。 (はい ・ いいえ)

・「はい」の場合は、該当する症状に○印を入れてください。

頭痛 腹痛 胃痛 下痢 便秘 吐き気 肩こり 齒痛 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 []

8 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 ・以前はあったが今はない ・今もある ・ない)

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 ・以前はあったが今はない ・今もある ・ない)

9 心配なことはありますか。

10 発熱時等急変時は、夜間の場合でもお迎えをお願いしますがどなたがいらしてくださいますか。

[]

11 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。

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

12 福祉手帳をお持ちですか。 (はい ・ いいえ)

・「はい」の場合は、該当するものに○をつけてください。

身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳

また、そのことを本人はご存じですか? (はい ・ いいえ)

※今後学園生活において学園が医療機関の受診が望ましいと判断した場合は、医療機関の受診をお願いしますので、ご了承ください。

(上記の1~12について保護者が記載及び、確認し、※下線の内容について同意の際には、下の欄に署名願います。)

年 月 日 保護者名 []

食物アレルギーに関する事前調査票

行動観察選考時の食事について、事前に配慮の有無を把握しておく必要があるため、本調査票にご記入ください。

◎ 食物アレルギーがありますか。 (該当する方に○をつけてください。)

はい • いいえ

「はい」の場合は、以下の質問にお答えください。

◎ 食物アレルギーの原因食物について

質問1 食物アレルギーをおこす原因食物は何ですか。

食物名()

質問2 現在除去中の食物はありますか。

いいえ はい (食物名))

質問3 上記質問2の除去食はどなたが判断しましたか。

医師 保護者 その他 ()

質問4 アレルギー検査をうけたことはありますか。ある場合は、その時の検査結果をご記入ください。

いいえ はい → 結果、陽性の食物名()

◎ アレルギーの症状について

質問5 原因食物の摂取後に起こる症状についてご記入ください。

食物名	症 状	どれぐらいの量で症状がでますか	食べられない食品
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (具体的症状：)	<input type="checkbox"/> 形がなければ食べられる <input type="checkbox"/> 加工食品なら食べられる <input type="checkbox"/> 少量の混入なら食べられる <input type="checkbox"/> 全く食べられない	
□ 卵	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> はい (具体的症状：) 生卵のみの場合：下記のものは 食べられますか <input type="checkbox"/> マヨネーズ(全卵) <input type="checkbox"/> カスタード	<input type="checkbox"/> 形がなければ食べられる <input type="checkbox"/> 加工食品なら食べられる <input type="checkbox"/> 少量の混入なら食べられる <input type="checkbox"/> 全く食べられない	

質問6 アナフィラキシーショックの経験はありますか。

いいえ はい
 (回数 回 最後の発症年月 年 月) (原因食物)

神出学園では、食事を提供しておりますが、除去食や代替食は行っておりません。可能な範囲で保護者と相談のうえ簡易なアレルギー対応については検討いたしますが、加工食品・つなぎや調味料等を配慮した細かい対応はできないことをご了解ください。

記入年月日 年 月 日

応募者名
保護者名