

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	
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。