健　康　診　断　書

<table>
<tr><td>（ふりがな）</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">住所</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>異常
項目･内容</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">障害の種類</td><td colspan="4">□身体障害　　等級・部位（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">□知的障害　　等級（　　）　特記（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">□精神障害　　等級（　　）　特記（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">□発達障害　　名称（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">□その他　　（　　）</td></tr>
<tr><td>障害の
療養経過</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">てんかん</td><td>発作の有無　　□有　□無</td><td>発作のタイプと頻度</td><td colspan="2">発作時の対応及び処置</td></tr>
<tr><td>最終発作　　（　　）歳頃</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>服薬</td><td>□有　□無</td><td colspan="3">薬名</td></tr>
<tr><td>通院の必要性･頻度</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">障害起因の症状による緊急対応の有無､内容</td><td colspan="3">□有　□無</td></tr>
<tr><td colspan="2">寮生活及び職業訓練受講における配慮事項(アレルギー等も含む)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">就業に対する総合意見(必要となる個別の配慮等)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり診断する
年　　月　　日
所在地
医療機関名
医師氏名　　印</td></tr>
</table>

※身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を持参の上、障害に関する診療を受けている医療機関（受けていない場合は最寄りの内科等の医療機関）に記入を依頼してください。

※現在、障害以外の病気等で医療機関にかかっている方、服薬中の方は、該当する科にて診断書（診断名、病状経過、治療内容、服薬の有無等）を記載していただき、あわせて提出願います。診断書の様式は問いません。

※個人情報については、「静岡県個人情報保護条例」により取り扱い、入校選考及び訓練以外に使用することはありません。