

# 大阪府立大阪北視覚支援学校 教育相談票

相 談 者	学 校 名		学校長名	印			
	学校所在地	〒					
	学校TEL		学校FAX				
	担 任 名		支援学級 担任名				
	窓口の先生	役職	ふりがな 名前				
	メールアドレス						
相 談 対 象	ふりがな 幼児児童生徒名		学年 ( ) 歳	男・女			
	障 が い の 状 況	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> AD/HD <input type="checkbox"/> その他( )					
		眼 疾					
		視 力					
		身体障害者手帳	視覚 種 級	肢体 種 級	療育手帳		
		主治医/病院名					
相 談 項 目	<input type="checkbox"/> 視機能(物の見え方) <input type="checkbox"/> 教科学習・自立活動(点字・歩行・レンズ等)						
	<input type="checkbox"/> 教材・教具 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> 環境整備(教室・校内等)						
	<input type="checkbox"/> 進路 <input type="checkbox"/> 保護者との連携 <input type="checkbox"/> その他( )						
手 現 立 在 て の	<input type="checkbox"/> 拡大教科書 ポイント数( ) <input type="checkbox"/> 単眼鏡 ( ) 倍						
	<input type="checkbox"/> 近用ルーペ ( ) 倍 <input type="checkbox"/> 拡大読書器 <input type="checkbox"/> その他( )						
相 談 内 容							

市町村教育委員会受付日 令和 年 月 日

本校受付日 令和 年 月 日