

ファックスでの送付厳禁

# 教育相談票

大阪府立大阪南視覚支援学校 教育支援室

相談者	学校名			校長名	
	電話番号			FAX番号	
	担当者	担任氏名			窓口の先生〔役職等〕
		支援学級担任氏名			〔 〕
相談対象	対象者	氏名〔 〕 年齢〔 〕 性別〔 〕 学年〔 〕 (学部〔 〕 支援学校の方のみ)			
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <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"/> 高機能自閉症 <input type="checkbox"/> その他			
		眼疾〔 〕 身体障害者手帳(視覚)〔 種 級〕 視力〔 〕 療育手帳〔 〕 主治医〔眼科： 〕			
相談項目	<input type="checkbox"/> 視機能(ものの見え方) <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"/> 進路 <input type="checkbox"/> 環境整備(教室・校内等) <input type="checkbox"/> 保護者との連携 <input type="checkbox"/> その他( )				
相談内容					
現在の手持て	使用教科書〔 〕 近用ルーペ〔 倍 〕 単眼鏡〔 倍 〕 拡大読書機〔 〕 その他〔 〕				
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 ( )	