

ファックスでの送付厳禁

# 教育相談票

個人情報保護のため、取り扱いには十分ご注意ください。

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〕		
相談対象	対象者	視覚障がいに関するを中心に記入してください。 眼疾（障がいの原因になった目の病気）と視力は必ずお書きください。 視野や色覚等、上記以外の視覚に関することをわかる範囲で書いてください。その他の障がい等があれば、お書きください。		年齢	連絡の窓口になる先生をお書きください。「担任」「特別支援学級担任」の先生の場合は、その旨お書きください。例えば、教頭先生やコーディネーターの先生等が窓口になられる場合は、お名前と役職や役割をお書きください。		
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚			<input type="checkbox"/>		
		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） <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（		<input type="checkbox"/> 点字・歩行・レンズ等 <input type="checkbox"/> 病院名・眼科名）をお書きください。				
相談内容							
現在の手持て	通常の教科書、拡大教科書、点字教科書等お書きください。拡大教科書は文字サイズをお書きください。		視覚補助具をお使いの場合わかる範囲で、「近用ルーペ・単眼鏡は、メーカー・倍率」を、「拡大読書機は、メーカー・形状」を、お書きください。わからない場合は、訪問時にこちらで確認して記入させていただきます。				
	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	( )		