**令和　　年度　　指導者相談票**

**【受付日】　　　　年　　　月　　　日**

**＊の欄は個人情報保護のため、メールで送信される場合は記入しないでください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **＊**  **ふりがな**  **本人氏名** | | **＊** | | | | | | **性別** | **＊生年月日**  **昭和　平成　令和**  **年　　月　　日** |
|  |
| **満　　　歳　　　ケ月** |
| **ふりがな**  **指導者氏名** | |  | | | | | | | |
| **連絡先** | | **所属先**  **〒** | | | | **電話　　　　　-　　　-**  **Fax 　　　　　-　　　-**  **e-mail** | | | |
| **視覚障がいの状況** | **視力** |  | **裸眼** | **(矯正)** | | | **眼疾患名** | | |
| **右** | **．** | **（　　　．　　 ）** | | | **視　　野** | | |
| **左** | **．** | **（　　　．　　 ）** | | | **色覚異常** | | |
| **時期　　 出生時から**  **満（　　　）歳から** | | | | **〈原因〉** | | | | |
| **その他の障がい健康状況** | |  | | | | | | | |
| **手　帳** | | **身体障害者手帳　　　無　・　有　　　　　　種　　　　級** | | | | | | | |
| **療　育　手　帳　　　無　・　有　　Ａ１　　Ａ２　　Ｂ１　　Ｂ２** | | | | | | | |
| **使用文字** | | **点字　　・　　墨字　（　　　　　）ｐ　・点墨両方　　・　　両方不可** | | | | | | | |
| **補 助 具** | | **ルーペ　（　　　）倍　　単眼鏡　 （　　　　）倍　　　拡大読書器**  **白杖　　タブレット** | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **【相談内容】** |
|  |
| **【目に関すること】**  **見え方について気になることに○を付けてください。** |
| **（１）よく転んだりぶつかったりする。**  **（２）本やテレビを見るとき、極端に近寄る。**  **（３）本を読むとき、行をとばしたり、似た字を間違えたりする。**  **（４）明るいところでまぶしがる。**  **（５）暗い所では見えにくい。**  **（６）目が常に揺れている。**  **（７）ボールなどがうまく取れない。** |
| **【その他、気になること】**  **図形が写せない、漢字や似たひらがながきちんと書けないなど** |
|  |