|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな令和　　年度　教育相談　個人調査票　　　　　　　【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。対象児氏名 | ＊ | 生年月日 | ＊平成・令和　　年　　　月　　　日（　　　歳　　カ月） |
| ふりがな保護者氏名 | ＊ | 在籍園学年・担任 |  |
| 住所 | ＊〒 | 電話E-mail |  |
|  |
| 視覚に関すること | 眼疾患（診断名） |  | 発症時期 | ・生まれた時から・（　　　　　　　　）頃から |
| 視力 | 裸眼　　　　（矯正） | 羞明 | 有　　　無 |
| 右　　　　　　（　　　　　　）左　　　　　　（　　　　　　） | 色覚異常 | 有　　　無　　　不明 |
| 夜盲 | 有　　　無　　　不明 |
| 視野 |  |
| 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 |
| 備考 |
| 眼科 |  | 主治医・視能訓練士 |  |
| 受診頻度 | 　　　　（　週　・　月　・　　　カ月・ 年 ）に（　　　　）回 |
| 治療方針・留意事項等 |  |
| 見え方で気になること等 |
| その他の疾患 | その他の疾患 |  | 発症時期 |  |
| 病院 |  | 主治医 |  |
| 受診頻度 | 　（ 　週　・　月　・　　　カ月・ 年 ）に（　　　）回 |
| リハビリ | PT | 　　　　　　病院　　　　先生（　週・　月　）に（　　　）回 | 連携 |  |
| OT | 　　　　　　病院　　　　先生（　週・　月　）に（　　　）回 | 連携 |  |
| ST | 病院　　　　先生（　週・　月　）に（　　　）回 | 連携 |  |
| 治療方針・留意事項等 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 関係機関 | 保健師 |  | その他相談支援員等 |  |
| 療育施設 | 　　　週（　　　　）　回通園 | 担当 |  |
|  |
| 手帳 | 有・無 | 視覚（　　種　　級）　 聴覚・肢体（　　種　　級）　 療育（　A1 A2 B1 B2　） |
|  |
| 知りたいこと　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 子育て・発達・福祉サービス・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）お知らせを　・ 　電話で　・　メールで　・　郵送で　　　　知らせて欲しい。　 |
|  |
| 進路希望 |  |
|  |
| 教育相談に期待すること |  |
| 備考 |