

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 ヶ月	
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