|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | |