

令和 年 月 日

長崎県立盲学校長 様

学校(園・所)名

所 属 長 名

印

教育相談（学校支援）等依頼書

下記により教育相談（学校支援）を依頼します。

記

学校(園・所) 連 絡 先	住所： TEL： FAX：
コーディネーター名	職名： 氏名：
担 当 者 名	職名： 氏名：
相 談 項 目	・視覚に障害のある幼児児童生徒への対応 ・その他（ ）
支 援 項 目	・担任、保護者等が盲学校へ来校しての相談 ・視機能検査等による見え方の把握 ・授業や学校(園・所)生活の様子を観察、担任等との相談 ・職員等に対する視覚障害に関する理解啓発のための講演や研修 ・その他（ ）
支 援 内 容	・視機能検査について（遠距離・近距離・最大視認力検査） ・見え方について（視力、視野、色覚、眩しさ） ・補助具の使い方について（単眼鏡・ルーペ、拡大読書器、眼鏡・遮光眼鏡、書見台、パソコン） ・学習面について（拡大教科書、筆記用具、最適文字サイズ測定、点字指導、教室・校内環境） ・生活面について（遊び、食事、運動機能、手指機能、言語機能、育児、歩行指導） ・視覚障害に関する情報について（医療、福祉、便利グッズ） ・進路について（就学、進学、就労） ・その他（ ）
相 談 対 象 者	・教職員 ・保護者 ・幼児児童生徒（学年・年齢： 氏名： ） ・その他（ ）
相 談 等 概 要	
相 談 希 望 日	月 日（ ） 時 分～ 時 分
相 談 場 所	・申請校(園・所) ・盲学校 ・その他（ ）

※相談項目、支援項目、支援内容、相談対象者、相談場所の欄は、必要事項を○で囲んでください。

※必要に応じて「幼児児童生徒の実態について」〈別紙様式〉をご記入ください。

〈別紙様式〉

令和 年 月 日

記載者名(職名) _____

幼児児童生徒の実態について

ふりがな 氏 名		学年 年齢		性別	男・女
保 護 者 名		担 任 名			
見えの状況 (疾患名・視力等) や その他の障害					
特に気になること (主たる相談内容)					
学校や家庭での様子 と これまでの対応					
保護者の願いや要望					
これまでの相談履歴					
当日の日程					