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 |  | | | | |