相談カード

徳島県立徳島視覚支援学校

相談者	所属（園・校名等）	
	※○をつけてください。	家族　・　本人　・　コーディネーター　・　担任 その他（　　）
	氏　名	
	電　話	

対象者	所属（園・校名等）	
	学　年	年
	学　級 ※○をつけてください。	通常学級
		特別支援学級（弱視・難聴・知的・情緒・病弱）
	氏　名	（　男　・　女　）
	眼疾患	
	かかりつけの眼科	
	矯正の有無 （眼鏡・ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞ） ※○をつけてください。	無 有（治療用・遠視矯正・近視矯正・乱視矯正・遮光・その他）
	視　力	右：　（　　）　左：　（　　）
	使用している補助具等	遠用レンズ・近用レンズ・書見台・拡大読書器 拡大教科書・その他（　　）
	配慮が必要なこと	

相談内容	視覚に関する相談内容を具体的にお書きください。

※個人情報の取り扱いに留意し，特別支援教育コーディネーター宛に **親展** で送付してください。