

第1回きこえとことば・見え方教育相談会

参加申込書

ふりがな 対象者 氏 名		男 ・ 女
乳・保・幼 小・中・高 学校名・学年		生年月日
ふりがな 相談者 氏 名		対象者との関係
連絡先 〒 — (住所)		
電話番号		
相談希望時間帯に ○をつけてください	6/28(木)	午前・午後・どちらでも
主な相談内容に○をつけてください。 視覚 ・ 聴覚 (ことば含む)		

※ 本票に相談票①②をつけて申し込んでください。

※ 相談希望時間帯に○を必ず付けて下さい。

相 談 票 ①

平成 年 月 日

きこえとことば・見え方教育相談会

ふりがな 氏名		生年月日 年 月 日 (満 歳 カ月)		園・学校名 (年少・年中・年長) (年)	
		身体障害者手帳 (有・無)		療育手帳 (有・無)	
保護者氏名		(住所) 〒 (電話)			
来 歴	発 育 歴	乳 児 期	1. 栄養状態: 母乳・人工乳・混合 2. 発育状態: 首のすわり () カ月 はいはい () カ月 3. 健康状態: 健・否 (病名) 4. その他 ()		
	現 在 の 状 況	1. 在宅 2. 通園施設に通園している (園名) 3. 病院等に通院している (病院名 科) 4. 相談機関等で相談を受けている (機関名)			
現 在 の 様 子	姿 勢 ・ 運 動		1. 寝返り可 2. 座位可 3. 立位保持可 4. 不安定だが少し歩く 5. 歩く 6. 階段を上がる 7. 走る		
	排 泄		1. 全介助 2. 定時指導 3. 動作で知らせる 4. 排尿自立 5. 大便後処理介助 6. 自立している		
	着 脱 衣		1. 全介助 2. 簡単な衣服なら脱げる 3. 簡単な衣服なら着ることができる 4. 一人で着脱できる		
	食 事		1. 嚥下困難 2. 少し咀嚼し、嚥下する 3. 食べさせると食べる 4. 汚すが一人で食べる 5. 自立		
	あ そ び		1. 何もしない 2. 一人遊び 3. 大人を介して他と遊ぶ 4. 仲間遊びができる		
	要 求 ・ 表 現		1. 要求が困難 2. 音声や身振りで伝える 3. 意味のある単語で伝える 4. 簡単な単語で話せる		
	行 動 特 性		1. 興奮しやすい 2. 動き回る 3. 落ち着いている		
発 作		1. 毎日ある 2. 時々ある (月 回程度) 3. 起こることもある (最近の発作 年 月) 4. ない			
(主な相談事項)					

※この相談票を他に転用することはありません。

相 談 票 ②-B

きこえとことば・見え方教育

相談会

相談の参考にしますので、希望する相談の質問事項に、わかる範囲で教えてください。

◆見え方に関する質問

1 日頃の生活で気になることがあればチェックしてください。

- 離れたところを見る時、目を細めたり、顔を傾けたりする。
- テレビや本に顔を近づけて見るが多い。
- 注意して見ようとする時、眼球が揺れているように感じる。
- 見ようとするものに、視線が合わない。または合いにくい。
- 光が当たると、とてもまぶしがる。
- 細かな作業が苦手、すぐに疲れてしまう。
- 運動はどちらかというと苦手。とくにボール競技などではボールの動きについていけない様子が

見られる。

- 階段の下りが苦手そうである。
- 足元の色が変わっているところで立ち止まることがある。
- 急に暗い所に入ると（その逆も含めて）、立ち止まって動かなくなる。
- 人や物とよくぶつかる。
- 人混みが苦手である。
- テレビを見たり本を読むとき、顔を斜めにしたり、本を動かして見ている。
- 片方の目が内に寄ったり、外に寄ったりして、両方の目が同じ方向を見ていないように感じるこ
- 探し物が下手である。
- 見るよりも、聞く方が得意そうである。
- その他（詳しくお願いします）

()

2 眼科にかかったことがありますか。

- ない
- ある 病院名 ()
診察の内容（診断名等詳しくお書き下さい）

()

- ・眼鏡をかけていますか。 はい いいえ
- ・何に対応したためがねですか。()
- ・いつ作りましたか（いつからかけていますか）。()

3 視力を測ったことがありますか。

- ない
 - ある 右: ()左: ()測った場所[]
- * ()内は、メガネをかけた時の視力を書いてください。

4、その他併せ有する疾患等（低出生体重等も含む）についてお聞きします。

- ・疾患名 ()
- ・医療機関 ()
- ・出生時体重 () g
- ・在胎週数 () 週 () 日