きこえとことば・見えかた教育相談会　見えかた相談票

　　　　　　　記入者氏名　　　　　　　（続柄　　　）　　記入年月日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 性別 | 所属学校園  学年等 |  |
|  |
| 生年月日 |  |

※教育相談の参考にしますので、以下の質問事項に分かる範囲でお答えください。

１　日常の生活で、気になる項目があれば、□に☑をつけてください。

|  |
| --- |
| □離れたところを見るとき、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ことが多い。  　□注意して見ようとするとき、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。  　□光があたると、とてもまぶしがる。  　□細かな作業が苦手で、すぐに疲れてしまう。  　□運動はどちらかというと苦手。  □特にボール競技では、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。  　□足元の色が変わる、あるいは急に明暗が変わる場所で立ち止まることがある。  　□人や物とよくぶつかる。  　□人混みが苦手。  　□テレビを見たり、本を読んだりするとき、顔を傾けたり、横目で見たり、本を動かしたりする。  　□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向いていないように感じる。  　□探し物が苦手。  　□見るより、聞くほうが得意そうである。  　□色をよく間違えることがある。 |

２　生育歴について、以下の項目に答えてください。（母子健康手帳等をご確認ください。）

|  |
| --- |
| ●生まれた病院はどこですか。　　　　　　　　　　　　　【　　　 　　　　　　　 　　　　　　】  〔出生体重：　　　　　　ｇ　在胎期間：　　　週　　　日〕 |

３　眼科への受診について、以下の項目に答えてください。

|  |
| --- |
| ●眼科を受診したことがありますか。　　　　　　　　　 　【　　　 ある　　　 ない 　 　　】  ●上記で「ある」と回答した場合のみ、以下の項目に答えてください。  　・受診した理由（診断結果）　　　　　　　　　　　　　 【　 　　　　　　　　　　　　　　】  　・視力検査の結果　　　　　　　　　　　　　　　　 【右　 　（　 　） 左　 　（ 　　）】  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※（　　）内は、眼鏡をかけた時の視力 |

４　眼鏡を使用している場合は以下の項目に答えてください。

|  |
| --- |
| ●眼鏡を使用している理由を教えてください。　　　【　近視　 遠視 　乱視 　その他（　　　　）】  ●いつから眼鏡を使用していますか。　　　　　 　【　　　　 年　　　月 から 】 |