

# 調査票 1

学校名： \_\_\_\_\_

## Q 1. 対象とする障害種

貴校が対象とする障害種について、該当する箇所、全てに○をつけてください。

- (    ) ①視覚障害
- (    ) ②聴覚障害
- (    ) ③知的障害
- (    ) ④肢体不自由
- (    ) ⑤病弱

## Q 2. 盲ろう幼児児童生徒の在籍（教育相談を含む）の有無

貴校には、盲ろう幼児児童生徒が在籍していますか。もしくは、盲ろうの教育相談幼児児童生徒がいますか。

- (    ) ①いる    ⇒ 次のQ 3. に回答いただいた後、調査票2の設問にもご回答ください。Q 4からQ20まであります。
- (    ) ②いない ⇒ 次のQ 3. にご回答いただき、返送してください。

## Q 3. 【管理職の方へのご質問】学校経営上の課題について

盲ろう幼児児童生徒の教育に際して、学校経営上、課題となっていることをご記載ください。（在籍していない場合は、今後の在籍を想定して、課題になると思われることをご記載ください。）