

相談者調査票

令和 年 月 日記入

記入者 _____

※ 当てはまる項目の□にレ印を記入してください。できるだけ詳しく記入してください。

※ 情報に関しては、個人情報保護法に関する基本方針の趣旨を踏まえ、適正な取り扱いに努めます。

<相談したいこと>

--

ふりがな

お子さんの氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ 年 月 日(_____ 才)

〒

住所 _____ 所属・学校 _____ ・ _____ 年生

保護者氏名 _____ 連絡先(自宅) _____ (携帯) _____

災害時避難先(予定) _____ (メールアドレス) _____

<家族等の状況>

氏名	続柄	生年月日	所属・職業

<出生直後の本人の状況>

胎児の様子	在胎(_____)週 体重(_____)g 身長(_____)cm 頭囲(_____)cm
	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死だった <input type="checkbox"/> 泣かなかった <input type="checkbox"/> 保育器に入った <input type="checkbox"/> 黄疸があった(光線療法:有・無)

<既往歴>

てんかん	無・有(_____)才頃、脳波異常(無・有)、服薬(無・有)
熱性けいれん	無・有(_____)才頃
その他	無・有 <中耳炎・アトピー・ぜんそく・アレルギー(_____)・その他(_____)>

<健診時の様子>

健診	結果(気になる点、指摘を受けた内容)
1歳6ヶ月健診	
3歳6ヶ月健診	

<発達の経過>

定額	(_____)才(_____)ヶ月頃	座位	(_____)才(_____)ヶ月頃	這行	(_____)才(_____)ヶ月頃
初歩	(_____)才(_____)ヶ月頃	人見知り	(_____)才(_____)ヶ月頃	指差し	(_____)才(_____)ヶ月頃
初語	(_____)才(_____)ヶ月頃	初語はどんな言葉ですか?(_____)			

☆ 最初、お子さんの特性に気が付かれたのは、誰が、いつ頃、どんな特徴ですか。

誰が:	いつ頃:
どんな特徴:	
.....	

☆ 発達面で医療機関を受診していますか。 <はい・いいえ> ※ 以下、「はい」と答えた方のみご記入ください。

いつ頃、受診しましたか	()才()ヶ月頃
医療機関はどちらですか	
担当ドクターおよび診断名は	担当ドクター () 診断名 ()

☆ 本人の様子で、当てはまる項目にチェックしてください。

< 運動面 >

① 歩き方が変わった(よく転んだ・手足のバラバラの走り方をした等) ※「はい」と答えた方 どのような歩き方でしたか()	はい・いいえ
② 座っていても、ぐにやぐにやしてまっすぐ座ってられない	はい・いいえ
③ はさみ、箸、鉛筆の使い方が下手、あるいは手先が不器用	はい・いいえ

< 行動面 1 >

(0:ない 1:まれにある 2:ときどきある 3:よくある)

① 授業に必要なものをなくしてしまう	0	1	2	3
② 面と向かって話しかけられているのに、聞いていないように見える	0	1	2	3
③ 気が散りやすい	0	1	2	3
④ 順序だてて物事を行うことが難しい	0	1	2	3
⑤ 指示に従えず、また、課題を最後までやり遂げない	0	1	2	3
⑥ 手足をそわそわ動かしたり、座っていても、もじもじしたりする	0	1	2	3
⑦ 座っているべき時に席を立てしまう	0	1	2	3
⑧ 過度にしゃべる	0	1	2	3
⑨ 質問が終わらないうちに出し抜けに答えてしまう	0	1	2	3
⑩ 順番を待つのが難しい	0	1	2	3
⑪ 他の人がしていることをささげったり、じゃましたりする	0	1	2	3

< 行動面 2 >

(0:ない 1:まれにある 2:ときどきある 3:よくある)

① 大人びている、または、ませている	0	1	2	3
② 含みのある言葉や意味を言われてもわからず、言葉どおりに受け止めてしまうところがある	0	1	2	3
③ 動作やジェスチャーが不器用で、ぎこちないことがある	0	1	2	3
④ 誰かに何かを伝える目的がなくても、場面に関係なく声を出す(例:咳払い、叫ぶ、喉を鳴らす)	0	1	2	3
⑤ 周りの人が困惑するようなことも配慮しないで言う	0	1	2	3
⑥ 友達と仲良くしたいという気持ちはあるが、友達関係をうまく築けない	0	1	2	3
⑦ ほかの子どもたちから、からかわれることがある	0	1	2	3
⑧ ある行動や考えに強くこだわることによって、簡単な日常生活ができなくなることもある	0	1	2	3
⑨ 特定の物に執着がある(何に)	0	1	2	3
⑩ とても得意なことがある一方で、極端に不得手なものがある	0	1	2	3
⑪ 自分なりの独特な日課や手順があり、変更や変化を嫌がる	0	1	2	3
⑫ 特定の分野の知識を蓄えているが、丸暗記であり、意味をきちんとは理解していない	0	1	2	3

< 学習面 >

(0:ない 1:まれにある 2:ときどきある 3:よくある)

① 聞きもちがある	0	1	2	3
② 指示の理解が難しい	0	1	2	3
③ 話し合いが難しい(話し合いの流れが理解できず、ついていけない)	0	1	2	3
④ 内容をわかりやすく伝えることが難しい	0	1	2	3
⑤ 初めて出てきた語や、普段あまり使わない語などを読み間違える	0	1	2	3
⑥ 文中の語句や行を抜かしたり、または繰り返し読んだりする	0	1	2	3
⑦ 文章の要点を正しく読み取ることが難しい	0	1	2	3
⑧ 読みにくい字を書く(字の形や大きさが整っていない)	0	1	2	3
⑨ 独特の筆順で書く	0	1	2	3
⑩ 漢字の細かい部分を書き間違える	0	1	2	3
⑪ 学年相応の文章を書くのが難しい	0	1	2	3
⑫ 簡単な計算が暗算できない	0	1	2	3
⑬ 学年相応の文章題を解くのが難しい	0	1	2	3
⑭ 物事の因果関係を理解することが難しい	0	1	2	3

⑮ 目的に沿って行動を計画し、必要に応じてそれを修正することが難しい	0	1	2	3
⑯ 早合点や、飛躍した考えをする	0	1	2	3

<日常生活状況>

① 衣服の着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 援助必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()
② 食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 援助必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()
③ 排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 援助必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()
④ 整 容(歯磨き、入浴など)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 援助必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()
⑤ コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 会話が可能 <input type="checkbox"/> 単語表現 <input type="checkbox"/> 言葉の理解は困難 <input type="checkbox"/> 簡単な指示は理解できる <input type="checkbox"/> 発語なし
⑥ 感覚(極端に嫌いな、あるいは好きな感覚がある)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
※「はい」と答えた方にお聞きます。どんな感覚ですか 具体的に	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 臭覚 <input type="checkbox"/> 味覚 <input type="checkbox"/> 触覚 ()
⑦ その他(睡眠、自傷など)気になるところがあればご記入ください	

☆ 小・中・高・大学(専門学校)のことについてお伺いします

()小 学 校	<input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 通級教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
()中 学 校	<input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 通級教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
()高 等 学 校	<input type="checkbox"/> 全 日 制 <input type="checkbox"/> 定 時 制 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
()大 学 ・ 専 門 学 校	専攻・専門() <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 休学中 <input type="checkbox"/> 中退

学校での様子について、担任からの指摘・成績・対人関係等、具体的にご記入ください。

☆ 現在の様子についてお伺いします

療育手帳・身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳を所持していますか。

手帳を 所持している ・ 所持していない ・ 申請中である ※以下、該当する方のみご記入ください

手帳の種類と等級について	精神障害者保健福祉手帳 ・ 療育手帳 ・ 身体障害者手帳 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ その他 ()
申請時の年齢	()才 ()ヶ月頃

福祉サービスを受けられていますか。(利用しているサービス・利用開始年齢・頻度等、具体的にご記入ください。)

現在、医療機関にかかっていますか。 < はい・いいえ・以前かかっていた >

医療機関名	
担 当 医	
診察・相談内容	
服 薬	有・無 ()

現在の様子について(家庭での日課や余暇の過ごし方、友人・家族関係等)
