

# 相談者調査票

平成 年 月 日記入

記入者 \_\_\_\_\_

※ 当てはまる項目の口に  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  
 ご本人の氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日( \_\_\_\_\_ 才)

〒  
 住 所 \_\_\_\_\_ 所 属 \_\_\_\_\_

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

## 新生児期以降のことについておうかがいします

### <出産状況>

出 産 時	在胎週数 ( _____ )週 体重( _____ )g 身長( _____ )cm 頭囲( _____ )cm
出産直後の様子	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死状態だった <input type="checkbox"/> 保育器を使用した <input type="checkbox"/> 黄疸があった (光線療法 : 有・無) <input type="checkbox"/> 特に心配なことがあった 例) 母乳の吸いが弱い・寝付きがよくない 等 ( _____ )

### <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   回数:( _____ )回のみ・くり返し起している   時間:5分未満・5分以上・10分以上
そ の 他	無・有<中耳炎・アトピー・ぜんそく・アレルギー( _____ )・その他( _____ )> 定期的に通院している機関 : 疾患名( _____ ) 医療機関名( _____ )

### <健 診 > 気になる点、指摘を受けた内容等について、具体的にご記入下さい

4ヶ月健診	発達相談 有・無 ( _____ )保健センター ( _____ )保健師
10ヶ月健診	発達相談 有・無 ( _____ )保健センター ( _____ )保健師
1歳6ヶ月健診	発達相談 有・無 ( _____ )保健センター ( _____ )保健師
2歳6ヶ月健診	発達相談 有・無 ( _____ )保健センター ( _____ )保健師
3歳6ヶ月健診	発達相談 有・無 ( _____ )保健センター ( _____ )保健師
5歳児健診	発達相談 有・無 ( _____ )保健センター ( _____ )保健師

### <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したか?( _____ )			

☆ 最初、ご本人さんの特徴に気が付かれたのは、誰が、いつ頃、どんな様子ですか？

どなたが：	いつ頃：
どんな様子：	

乳幼児期・小学校低学年くらいまでの様子で、当てはまる項目にチェックしてください

< 運 動 >

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・いいえ
※「はい」⇒ どのような歩き方でしたか？( )	
②座っていても、ぐにやぐにやしてまっすぐ座っていらなかった	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

<コミュニケーション・社会面 >

①視線が合いにくかった	はい・いいえ
※「はい」⇒ ( )才( )ヶ月頃、合うようになった	
②名前を呼んでも反応しない、あるいは反応が乏しかった	はい・いいえ
③手をつながれたり、抱っこされるのを嫌がった	はい・いいえ
④同年齢の子や兄弟と比べ、言葉や動作のマネが遅かった	はい・いいえ
※「はい」⇒ 動作のマネは( )才( )ヶ月頃、言葉のマネは( )才( )ヶ月頃できるようになった	
⑤言葉がなかなか増えなかった	はい・いいえ
※「はい」⇒ ( )才( )ヶ月頃から急に増えた	
⑥話し方が気になった(発音が幼い・早口・イントネーションが平坦、多弁・一方的に話す等)	はい・いいえ
※「はい」⇒ 具体的にどんな面が気になりましたか ( )	

現在までの様子で、当てはまる項目にチェックしてください

< 行 動 特 性 >

①こだわりがある	以前は・現在も	よくある・時々ある・ほとんどない
※「ある」⇒ 具体的に記述してください( )		
②多動	以前は・現在も	よくある・時々ある・ほとんどない
※「ある」⇒ どんな場面で多動ですか( )		
③衝動的に行動する	以前は・現在も	よくある・時々ある・ほとんどない
※「ある」⇒ どんな行動がみられますか( )		
④パニックを起こす	以前は・現在も	よくある・時々ある・ほとんどない
※「ある」⇒ どんな場面でみられますか ( )		
どんなパニックを起こしますか ( )		
最終的にどうなりますか ( )		

<コミュニケーション面 >

①いろいろなことを話すが、その時の場面や相手の感情や立場を理解しない	以前は・現在も	はい・多少・いいえ
②友達と仲良くしたいという気持ちはあるけれど、友達関係をうまく築けない	以前は・現在も	はい・多少・いいえ
③共感性が乏しい	以前は・現在も	はい・多少・いいえ
④ある行動や考えに強くこだわることで、簡単な日常の活動ができなくなることがある	以前は・現在も	はい・多少・いいえ
⑤とても得意なことがある一方で、極端に苦手なものがある	以前は・現在も	はい・多少・いいえ
※「はい」「多少」⇒ 具体的に何ですか 得意( ) 苦手( )		
⑥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	以前は・現在も	はい・多少・いいえ
⑦常識が乏しい	以前は・現在も	はい・多少・いいえ

☆ 発達面で医療機関を受診されたことがありますか？（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
医療機関はどこですか	
担当ドクターおよび診断名は	担当ドクター( ) 診断名( )
どのような内容で相談されましたか	
服薬はされていますか	無・有( )

☆ 小・中・高・大学(専門学校)のことについておうかがいします

( )小学校	<input type="checkbox"/> 普通学級 <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"/> 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、担任から指摘があったことや、成績・対人関係などについて、具体的にご記入ください


☆ 職歴があればご記入ください（アルバイト・派遣社員・契約社員・正社員等の形態や業務内容についても、具体的にご記入下さい）

期 間		職 種
年 月 ~ 年 月	年 月	
年 月 ~ 年 月	年 月	
年 月 ~ 年 月	年 月	
年 月 ~ 年 月	年 月	

現在の様子についておうかがいします

医療機関に通院されていますか（はい・いいえ・以前かかっていた）

いつ頃、受診しましたか	( )才( )ヶ月頃
医療機関はどこですか	
担当ドクターおよび診断名は	担当ドクター( ) 診断名( )
どのような内容で相談されましたか	
服薬はされていますか	無・有( )

☆ 精神障害者保健福祉手帳・療育手帳・身体障害者手帳を所持していますか

障害者手帳の所持について	所持している・申請中である・所持していない ※ 以下、該当する方のみご記入下さい
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 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 その他 ( )
交付時の年齢	( )才 ( )ヶ月頃

☆ 福祉サービスを利用されていますか（利用中のサービス・相談機関・利用開始年齢・頻度等、具体的にご記入ください）


☆ 日常(普段)の様子についてご記入下さい（就労先で、家庭で、または施設内で、日課や余暇の過ごし方、友人・家族関係等）
