

相談者調査票

平成 年 月 日記入

記入者 _____

※ 当てはまる項目の□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

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) _____

<ご家族等の状況>

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すか?(_____)			

☆ 最初、お子さんの特徴に気が付かれたのは、どなたが・いつ頃・どんな様子ですか

どなたが：	いつ頃：
どんな様子：	

乳幼児期以降の様子で、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・いいえ
※「はい」と答えた方 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ってしまう	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て答えてしまう	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げすんだり、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 ほかに子どもたちから、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がある	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、または繰り返して読む	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	

☆ 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

☆ 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。)

--

☆ 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 ()

☆ 日常(普段)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)

--