

ふりがな	男 女	生年月日	西暦	年	月	日
お子様氏名			(	歳	ヶ月	)
園・学校名	学年:( )			診断名 (わからない場合は空白)		
保護者等氏名	続柄:( )			診断を受けた病院		
住所	〒					
メールアドレス				電話番号		
取得手帳	身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒等級	種	級	現在利用中の事業所・リハビリ等があれば施設名をご記入ください	
	療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒程度				
	障害児通所支援受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	精神保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒等級	級			
同居されている方	氏名	続柄	氏名	続柄		

◆ 今回のご相談内容を教えてください。

例: ことばの発達が遅い、漢字が覚えられない、計算が苦手、集団行動がうまく取れない 等

◆ お子様の発達や学習に関して、今まで相談や受診をしたことがありますか。

あり(相談場所: )  なし

◆ 生育歴について教えてください。

- 1
- ・ 出生( 週 日)で出生 ・ 出生体重( g) / 出生身長( cm)
  - ・ 黄疸 なし ・ あり あり⇒ 光線療法 ・ 交換輸血
  - ・ 首の座り ( ヶ月) ・ おすわり ( ヶ月) ・ はいはい ( ヶ月)
  - ・ ひとり歩き ( 歳 ヶ月) ・ 初語 ( 歳 ヶ月) ・ 二語文 ( 歳 ヶ月)
  - ・ 中耳炎の既往 (あり・なし) ↳ どのようなことばでしたか? ⇒
  - ・ てんかんの既往 (あり・なし) ・ 食べ物、環境等のアレルギー (あり・なし)

2 3歳ごろまでの様子であてはまるものがあればチェック☑してください(複数可)

- 人見知りをしない  指さしをしない  視線があいにくい  夜泣きが強い
- ごっこ遊びをしない  大人のまねをしない  偏食が多い  落ち着きがない
- かんしゃくがある  同じ質問を繰り返す  その他(具体的にあれば自由にお書きください)

◆ 現在のお子様の様子について教えてください。

- ・好きなこと・キャラクター     なし  あり ⇒ \_\_\_\_\_
- ・苦手なこと・嫌なこと         なし  あり ⇒ \_\_\_\_\_
- ・飲んでいる薬はありますか    なし  あり ⇒ \_\_\_\_\_

◆ 日常生活について教えてください。

項目	確認内容	* あてはまる部分に ○で囲んでください。		
食事	食事は一人で食べることができますか？	自立	一部介助	全介助
衣服の着脱	衣服の着脱は一人でできますか？	【上衣】 着る⇒	自立	一部介助 全介助
		脱ぐ⇒	自立	一部介助 全介助
		【下衣】 着る⇒	自立	一部介助 全介助
		脱ぐ⇒	自立	一部介助 全介助
排泄	排泄は一人ですることができますか？	【排尿】	自立	一部介助 全介助
		【夜間】	自立	一部介助 全介助
	※ パンツ・オムツ・トレーニング中	【排便】	自立	一部介助 全介助
入浴	自分で髪の毛を洗うことができますか？	はい	いいえ	
	自分で体を洗うことができますか？	はい	いいえ	
睡眠	睡眠時間はどれくらいですか？	:	~	: 約 時間
	午睡はしていますか？	はい	いいえ	※はいの場合(約 時間)
	夜泣きをしますか？	はい	いいえ	

◆ 保育園・幼稚園の様子について

- 1 友だちとどのように遊んでいますか(いましたか)。気になる(なった)ことはありますか。
- 2 あてはまるものがあればチェック☑してください(複数可)
- 集団参加がしにくい     こだわりがある         ルールが守れない         順番を守れない
  - よく動き回る             話をじっときかない     発音がおかしい         ことばの数が少ない
  - 人の絵がかけない       不器用さを感じる       色の名前がわからない
  - その他(具体的にあれば自由にお書きください)

◆ 学校での様子について(小学生以上)

- 1 学校生活・学習面等で困っていること、心配なことを教えてください。
- 2 好きな科目はありますか。( \_\_\_\_\_ )
- 3 苦手な科目はありますか。( \_\_\_\_\_ )

\* ご記入ありがとうございました。