

## 相談者記入シート

記入日： 年 月 日

ご相談を受ける際に必要な情報についてお聞きします。分かる範囲、答えられる範囲の記入で構いません。秘密は厳守されますのでご安心ください。

ふりがな 相談者名（記入者）：		相談対象者との関係：				
相談者の連絡先 TEL（携帯）：（        ）        -        *日中つながりやすい番号をご記入ください						
ふりがな 相談対象者名（相談したい人の名前）：						
生年月日：        年        月        日		年 齢：        歳				
相談対象者住所：〒						
相談対象者の連絡先 TEL（携帯）：（        ）        -        *日中つながりやすい番号をご記入ください						
診 断： <input type="checkbox"/> 診断なし <input type="checkbox"/> 診断あり（診断名：        ） <input type="checkbox"/> 診断名は無いが（        ）の疑いがあると（        ）より言われた						
手 帳： <input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（        ）級（障がい名：        ）						
所属学校名：		学年：        年		担任名：		
利用クラス：（ <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学校[        ]部        ）						
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日（年齢）	職場・学校（学年）	同居・別居	特記事項
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	

ご相談したい内容（できるだけ具体的にご記入ください）

1. ご相談までの経緯等について、以下にご記入ください。

① 発達障がいについての診断を受けたことがある場合は、以下にご記入ください。

時 期	診断名	機関名	アドバイス等
年 月（ ）歳			

② 発達検査（WISC・K-ABCなど）を受けたことがある場合は、以下にご記入ください。

検査日・年齢	実施機関	検査名	検査結果
年 月（ ）歳			
年 月（ ）歳			

③ 他機関の利用をしたことがある場合は、以下にご記入ください（現在も含む）。

機関名	利用した時期・年齢	担当者	内 容	頻度（〇か月に△回等）
相談機関				
医療機関				
訓練機関				

④ 服薬をしていたことがある、もしくは、現在もしている場合は以下にご記入ください。

薬名：	時期：
-----	-----

2. お子さんのご様子について、以下にご記入ください。

① 妊娠・出産・発育の様子

分かる範囲で、該当するところに○印をつけ、必要なところ書きこんでください。

妊 娠 期	妊娠中の母親の健康状態	<input type="checkbox"/> 良 ・ <input type="checkbox"/> 他 ( )						特記事項	
	薬の服用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( )							
出 産 時	妊娠期間	週	日	出生体重	g				
	分娩	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他( ) 特記事項( )							
	様子	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 人工蘇生 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 激しい泣き・他( )							
	保育器使用	<input type="checkbox"/> 有 ( 日 ) ・ <input type="checkbox"/> 無							
	黄疸	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 重							
乳 幼 児 期	首のすわり	か月	お座り	か月	ハイハイ	か月	後追い	か月	
	つかまり立ち	か月	歩き始め	か月	指さし	か月	呼ぶと振り向く	か月	
	人見知り	か月 ( <input type="checkbox"/> 強かった <input type="checkbox"/> ある程度 ・ <input type="checkbox"/> ほとんど無かった )							
	意味ある単語(始語)	歳	か月	内容( )	二語文(「ブーブー来た」など)			歳	か月
	排泄自立	小便		歳	か月	大便		歳	か月
	感覚の過敏さ・鈍麻さ(にぶさ)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(例:花火の音がダメ、寒さ暑さが分かりにくいなど) (内容 )							
	乳幼児健康診査で何か指摘されたことはありますか?	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 [ 3~4 か月健診、9~10 か月健診、1歳6か月児健診、3歳児健診等 ]							

② 幼児期以降のことについて、利用した学校等の名前とその頃の様子を以下にご記入ください（登園しぶり、対人トラブル、不登校、特別支援学級利用等あれば、ご記入ください）。

学 校 等	事 項
保育園(所)	
幼稚園	
小学校	
中学校	

③ お子さんの現在と幼児期(0～5歳)の様子について、それぞれあてはまるところに○をつけてください。

\* 幼児期のご様子については、一時的にでも当てはまると感じたことがある場合は○をつけてください。

幼 児 期	現 在		幼 児 期	現 在	
		視線が合いにくい、または合いすぎる			落ち着きがない
		名前を呼んでも振り向きにくい			注意が続きにくい、不注意である
		人見知りがない、または人見知りが強い			忘れ物が多い
		指さして興味のあるものを伝えない			指示されたこと等をすぐに忘れてしまう
		かんしゃくが強い			不得意な科目がある（科目名            ）
		言葉が遅れている			文字を書くことが苦手
		年齢相応の言葉のやりとりが成立しにくい			文章を読み取ることが苦手
		相手の話を理解することが苦手			計算が苦手
		自分の気持ちを伝えることや説明が苦手			運動が苦手
		一方的に話す			手先が不器用
		人の気持ちや意図を理解することが苦手			授業に集中することが難しい
		他の子どもへの関心が薄い			いじめられていたことがある
		年齢相応の友人関係を築くことが難しい			登校しぶり、不登校
		予定の変更が苦手			年齢相応の生活習慣（食事・排泄等）が身につけていない
		切り替えが難しい			睡眠リズムや生活リズムが不安定
		こだわりが強い			その他、気になることがある
		興味が偏っている			[
		新しい場所や人に緊張しやすい			
		苦手な音や声がある			
		偏食がある			
		乱暴な言動がある			

④ お子さんの得意なことや長所と思われることをご記入ください。

(例：〇〇にとっても詳しい、〇〇であればとても集中できる、記憶力が良い等)

**相談時にご持参いただきたいもの**

- ◇ 検査結果（検査を受けたことがある方のみ）
- ◇ 母子健康手帳
- ◇ 診断書の写し（お持ちの方のみ）
- ◇ 作文や絵画など、ご本人の状況が把握できる資料

ご記入ありがとうございました