

## 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。このシートにご記入いただくことで相談がスムーズにはじめられます。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（記入者）の連絡先		*日中つながりやすい番号をご記入ください				
TEL（携帯）：（ ） —						
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：〒 —						
相談者対象者の連絡先						
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： ）						
所属機関名： （幼稚園・保育所等）		（ <input type="checkbox"/> 年長 <input type="checkbox"/> 年中 <input type="checkbox"/> 年少 <input type="checkbox"/> その他（ ））				
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. これまでの経過等について、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（K-ABC・新版K式など）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、該当するところにチェックをつけ、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	歳	か月	・	大	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 以下の項目について、現在当てはまると思うものに○を、これまで一時的であっても当てはまると感じたことがあるものに△を記入してください。

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

③ 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：○○にとっても詳しい、○○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