

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