**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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **（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）：**（　　　）　　　－ | | |
| **（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：**診断なし　　　　　診断あり（診断名：　　　　　　　　　　　　　　）  診断名は無いが（　　　　　　　）の疑いがあると（　　　　　　　）より言われた | | |
| **手　帳：**手帳なし　　□療育手帳（A１ A2 B1 B2）　　　　　　　　　　　　　　　　　　精神障害者保健福祉手帳（1級 2級 3級）身体障害者手帳（　　）級（障がい名：　　　　　　　 　） | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **所属機関名：**  （幼稚園・保育所等） | （年長 年中 年少 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 |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・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 |  |  |  |

* 1. 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 |  |  |  |

* 1. 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（○か月に△回等） |
| 相談機関 |  |  |  |  |
| 医療機関 |  |  |  |  |
| 訓練機関 |  |  |  |  |

* 1. 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、必要なところに書きこんでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊  娠  期 | 妊娠中の母親の健康状態 | | 良　　・　　他　　（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | 特記事項 | |  |
| 薬の服用等 | | 無　　・　　有　　（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 出産時 | 妊娠期間 | 週　　　日 | | | 出生体重 | ｇ | |
| 分　娩 | 頭位　　骨盤位　　その他（　　　　　　　　　　　　　　）　特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 様　子 | 普通　　チアノーゼ　　仮死　人工蘇生　ひきつけ  激しい泣き　・他　（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 保育器使用 | 有　（　　　　　　日）　　・　無 | | | | | |
| 黄　疸 | 普通　・　軽　・　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　（ 強かった　　 ある程度　・　 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） | 無　　・　　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？ | 無  ・  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  有 | | | | | | | | |

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 |
|  | 指さしで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）が身についていない |
|  | 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