

相談票

お子さまのお名前()

○お子さまの発達の様子

- (1)首のすわり (ヶ月) (2)歩き始め(歳 ヶ月)
- (3)話しはじめ (歳 ヶ月)

○今までにかかった病気(けがなども書いてください)

--

○お子さまの発達面について、相談や療育を受けたことがありますか。 (ある ・ ない)

- (1)相談や療育を受けた機関の名称 例:〇〇病院 役場いきいき健康課 など

--

- (2)相談や療育に行かれた際に、何と言われましたか。

例:〇年〇月〇日に◇◇病院を受診し、□□という診断を受け、現在も定期的に受診を行っている。

--

※各項目の中であてはまるものに✓してください。(複数回答可)

○生活面について

お箸を正しく使うことができる	<input type="checkbox"/> とてもあてはまる	<input type="checkbox"/> ややあてはまる	<input type="checkbox"/> あまりあてはまらない (部分的に支援が必要)	<input type="checkbox"/> まったくあてはまらない (全体的に支援が必要)
お箸やスプーンを使ってひとりで食べられる	<input type="checkbox"/> とてもあてはまる	<input type="checkbox"/> ややあてはまる	<input type="checkbox"/> あまりあてはまらない (部分的に支援が必要)	<input type="checkbox"/> まったくあてはまらない (全体的に支援が必要)
排泄の声掛けができる	<input type="checkbox"/> とてもあてはまる	<input type="checkbox"/> ややあてはまる	<input type="checkbox"/> あまりあてはまらない 部分的に支援が必要	<input type="checkbox"/> あてはまらない 全体的に支援が必要
排泄後、ひとりで始末することができる	<input type="checkbox"/> とてもあてはまる	<input type="checkbox"/> ややあてはまる	<input type="checkbox"/> あまりあてはまらない 部分的に支援が必要	<input type="checkbox"/> あてはまらない 全体的に支援が必要
おむつを使用している (※夜間のみを着用を含む)	<input type="checkbox"/> 使用していない		<input type="checkbox"/> 使用している・使用することがある	
衣服の着脱がひとりでできる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どちらともいえない		<input type="checkbox"/> できない
洋服の裏表や、前後がわかる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どちらともいえない		<input type="checkbox"/> できない
ボタンかけ、ファスナーの開け閉めができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どちらともいえない		<input type="checkbox"/> できない

生活面について気になることがあればご記入ください。

--

○コミュニケーションについて

発語状態	□ 3語文以上		□ 2語文程度		□ 単語
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> ことばでやりとりができる	<input type="checkbox"/> 視覚的なものを使ってできる	<input type="checkbox"/> 身振りや動作で伝えることができる	<input type="checkbox"/> 意思表示(要求や拒否)ができる	
表現	<input type="checkbox"/> ことばを使って表現する	<input type="checkbox"/> 単語や意図した身振りで表現する	<input type="checkbox"/> 不明瞭な声や身振りで表現する	<input type="checkbox"/> 表現手段が極めて乏しい	
会話のやりとり	<input type="checkbox"/> スムーズにできる	<input type="checkbox"/> なんとかできる	<input type="checkbox"/> 一方的なことがある	<input type="checkbox"/> 難しい	
理解	<input type="checkbox"/> ことばで理解できる	<input type="checkbox"/> 視覚的なものを使って理解できる	<input type="checkbox"/> 周りの様子で理解できる	<input type="checkbox"/> 具体物等を見せると理解できる	
友達や大人との関わり	<input type="checkbox"/> 同年齢児と関わるができる	<input type="checkbox"/> 下年齢児と関わるが多い	<input type="checkbox"/> 大人と関わるが多い	<input type="checkbox"/> 一人でいることを好む	

コミュニケーションについて気になることがあればご記入ください。

○情緒・行動面

<input type="checkbox"/> じっとすることができない	<input type="checkbox"/> 何かをしているときにすぐ気が散る
<input type="checkbox"/> 話の途中で口をはさむことがある	<input type="checkbox"/> カツとなったり、イライラしたりすることがある
<input type="checkbox"/> 特定のものに対してこだわりがある	<input type="checkbox"/> 急に予定が変わると混乱する
<input type="checkbox"/> 遊びの輪になかなか入ることができない	<input type="checkbox"/> 緊張が強い
<input type="checkbox"/> 突発的に行動することがある	<input type="checkbox"/> 集団で行動することが苦手である
<input type="checkbox"/> ゲーチャョキパーなど手遊び・手真似ができる	<input type="checkbox"/> 順番がわかる
<input type="checkbox"/> じっと椅子に座ることができる	<input type="checkbox"/> 指示が通る

情緒・行動面について気になることがあればご記入ください。

○就学時の学級について、現時点での希望学級に✓してください。

<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 通常学級	通級 <input type="checkbox"/> ことば <input type="checkbox"/> LD/ADHD	支援学級 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 自閉/情緒	<input type="checkbox"/> 支援学校
-----------------------------	-------------------------------	--	---	-------------------------------

就学について気になることがあればご記入ください。