

## 2回目以降の間診票

※幼児用

空欄にご記入頂き、あてはまるものがあれば□に✓をしてください。

ふりがな 子どもの名前		所属	園	ぐみ
生年月日	平成・令和 年 月 日 ( 才 か月)			
住所	〒 - 大津市			
電話番号				
メールアドレス	@			
記入日	令和 年 月 日	記入者	父・母・( )	

### 【1】相談のきっかけ、相談内容

#### 1. 相談を申し込んだきっかけは

- 園ですすめられて (誰に: )
- 関係機関からすすめられて (どこの: 誰に: )
- 保護者自身が希望して
- その他 ( )

#### 2. 相談したいことはどんなことですか。(いつから、どんな状況、など)

#### 3. 上記について、ご家庭で工夫していることがありましたらご記入ください。

#### 4. 上記について、学校やどちらかですでに相談しておられたらご記入ください。

いつごろ	どこの・だれに	何といわれましたか・相談してどうでしたか

5. 園や相談担当者と連携してもよいですか。

はい       いいえ (さしつかえなければ理由: \_\_\_\_\_ )

6. 当センターでの前回の相談で、お子さまについて理解は深まりましたか。

はい       いいえ



相談を通じてどんなことが分かりましたか。よろしければご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

7. 前回の相談をうけて以降、お子さまやご家族に次のようなことがありましたか。

① 気になるくせや、しぐさ、行動など

なし  
 あり → (どんなこと: \_\_\_\_\_ )  
(いつ頃からどれくらい続いたか: \_\_\_\_\_ )

② 生活上の出来事 (例; 転居、転園、病気、同居家族が変わった、など)

なし  
 あり → ( \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ か月) の時に (内容: \_\_\_\_\_ )

③ 現在の同居家族についてご記入ください。

お名前	続柄	年齢	職業・所属・学年	健康状態
				健康・病名 ( _____ )
				健康・病名 ( _____ )
				健康・病名 ( _____ )
				健康・病名 ( _____ )
				健康・病名 ( _____ )
				健康・病名 ( _____ )

【2】保護者の方が、日ごろ感じておられることについて、該当欄に○をご記入ください。

	あてはまらない	少しあてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1. 子どもとうまくいかない。				
2. 子どもの先々を考えると不安になる。				
3. 子どもの態度や行動を正さなければならないと思う。				
4. 子どもの考えていること、気持ちが分かる。				

【3】お子さまの現在の様子についてお聞きします。

1. 日常生活について

① 排泄について

スムーズ  難しい (具体的に: )

② 睡眠について

スムーズ  難しい (具体的に: )

③ 食べることについて

スムーズ  難しい (具体的に: )

④ 生活動作について (着替え、入浴、歯磨き、など)

スムーズ  難しい (具体的に: )

⑤ おもちゃや自分のものを片付けることが苦手

スムーズ  難しい (具体的に: )

⑥ 気持ちのきりかえ

スムーズ  難しい (具体的に: )

2. 園生活について

① 友達とのやりとり、一緒に遊ぶこと

スムーズ  難しい (具体的に: )

② 行事参加 (運動会や発表会など)

スムーズ  難しい (具体的に: )

③ 園生活に対する子どもの思い (楽しい、ふつう、嫌そう、など)

( )

3. 友達関係や遊び、表現について あてはまるものがあれば□に✓をつけてください。

友達関係	<input type="checkbox"/> 仲のよい友達がいる <input type="checkbox"/> 友達とよく遊んでいる (内容: ) <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶことが多い (内容: )
遊び・活動	<input type="checkbox"/> じっくり遊ぶほうだ <input type="checkbox"/> 遊びが転々としやすい <input type="checkbox"/> からだを使った遊びを嫌がる <input type="checkbox"/> 固まってしまうことが多い
気持ち・表現	<input type="checkbox"/> おだやかなほうだ <input type="checkbox"/> 活発だ <input type="checkbox"/> 大人しい <input type="checkbox"/> 表情がかたい <input type="checkbox"/> 不安・緊張しやすい <input type="checkbox"/> よく泣く <input type="checkbox"/> おこりっぽい <input type="checkbox"/> 大声をよく出す <input type="checkbox"/> 人や物にあたることが多い (たたく、投げるなど)

4. 利用中の習い事があればご記入ください

名称や内容	いつから	どれくらい	お子さまの様子
例：スイミング	例：3才から	例：週1日	例：楽しく通っている

5. 同年代の子どもと比べて、お子さまに目立つ姿（遊び方、話し方、授業中の姿など）があれば教えてください。

( )

6. お子さまのよい所、持ち味を教えてください。

( )

以上となります。相談日におもちください。