

# 初回相談問診票

※小学1～3年生用

この用紙では、お子さまのことを理解するうえで、必要な内容を質問しています。  
 子どもは、周囲とさまざまな関係を築きながら成長・発達していきます。  
 そのため、質問には、お子さまのことに限らず、ご家庭や生活環境に関する内容も含まれます。  
 主旨をご理解頂き、可能な範囲でご記入をお願いいたします。  
 お聞かせいただいた個人の情報を目的以外で使用することはございません。

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。

子どもの名前 <small>ふりがな</small>	(男・女)	所属	小学校 年 組
生年月日	平成・令和 年 月 日	( 才 か月)	
住所	〒 ー 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

- 学校や園ですすすめられて (誰に: )
- 3歳6か月児健診ですすすめられていた
- 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

→センターを知ったきっかけ (○をつけてください)

おおつ広報・ホームページ・パンフレット・ちらし・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。

【2】これまでの経過をお聞きします。

1. 出生状況について

在胎週数（            週）      出生体重（            g）

2. 乳児期の発達について（※母子手帳等を参照のうえ、わかる範囲でご記入ください）

首がすわった	才	か月
支えなく安定してすわった	才	か月
ハイハイをはじめた	才	か月
自分でつかまって立ち上がった	才	か月
ひとりで歩くようになった	才	か月

3. 乳児期の様子について、あてはまるものがあれば、✓をつけてください。

- おとなしかった       あまり寝なかった       夜泣きが多かった  
 よく泣いた       離乳食がすすまなかった  
 人見知りがなかった       母乳が離れにくかった（卒乳    才    か月）

4. 幼児期の発達について（※母子手帳等を参照のうえ、わかる範囲でご記入ください）

絵本などで「〇〇（例：電車、犬など）どれ？」と たずねると指さして答えた	才	か月
意味のあることば（例：マンマ、ワンワン）を話し始めた	才	か月
二語文（ママだっこ、ワンワンきたなど）を話し始めた	才	か月
自分の名前や年齢を答えられるようになった	才	か月

5. 小さい時から今までで、あてはまるものがあれば□に✓をつけ、特に目立っていた年齢や学年をご記入ください。

お子さまの様子	有無	年齢や学年
同じ遊びばかりを好み、それを繰り返す	<input type="checkbox"/>	
発音がはっきりしない、吃音（どもり）がある	<input type="checkbox"/>	
質問の意味を正しく理解していないことが多い	<input type="checkbox"/>	
聞き返しや聞きまちが多い	<input type="checkbox"/>	
自分の言いたいことを一方的に話す	<input type="checkbox"/>	
注意が散りやすい、落ち着きがない、よく動く	<input type="checkbox"/>	
思いが通らないと、かんしゃくやパニックをおこす	<input type="checkbox"/>	
肌ざわりや音、におい等をとても気にする	<input type="checkbox"/>	
くせが目立つ（指しゃぶり、爪かみ、性器いじりなど）	<input type="checkbox"/>	
手先が不器用 （例：よく食べこぼす、道具操作が苦手、書字が苦手など）	<input type="checkbox"/>	

6. 乳幼児健診について

受けた健診があれば、□に✓をつけてそのときのことを教えてください。

健診	受健の有無	発達について何か言われましたか
10 か月児健診	□	なし・あり ( )
1 歳 9 か月児健診／1 歳半健診	□	なし・あり ( )
2 歳 6 か月児健診	□	なし・あり ( )
3 歳 6 か月児健診	□	なし・あり ( )

7. これまで発達について相談をうけたことが

ない

ある →

いつ (年齢や学年)	どこの ・ 誰に

8. 幼児期に通っていた園や支援機関 (療育やこどぼの教室等) があればご記入ください。

いつ	園、療育等のなまえ
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	

9. 学校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: )

10. 今までに、入院や手術を要する大病の経験や、慢性疾患をおもちですか。

なし

あり → (年齢: オ か月) の時に (病名: )

11. ひきつけ、けいれんをおこしたことがありますか。

なし

あり → (年齢: オ か月) の時に (治療内容: )

12. チック症状 (瞬間的なからだの動き) がでたことがありますか。

なし

あり → (いつ頃からどんなしぐさが: )

13. 上記以外に定期的に受診していたり、治療を受けている病気がありますか。

なし

あり → (病名: ) (薬や治療内容: )

14. 脳波や頭部の画像検査（CTやMRI）をうけたことがありますか。

- なし  
 あり → (いつ:      才      か月) (検査内容や結果:      )

15. 聴力について

- 問題ないと思う  
 聴こえにくいのではないかと思います  
 聴力検査で指摘されたことがある (内容:      )

16. 視力について

- 問題ないと思う  
 見えにくいのではないかと思います  
 視力検査で指摘されたことがある (内容:      )

【3】ご家族のことをお聞きします。

1. 同居中のご家族についてご記入ください。

お名前	続柄	生年月日 (年齢)	職業/所属/学年	健康状態
		年 月 日 (才)		健康・病名 ( )
		年 月 日 (才)		健康・病名 ( )
		年 月 日 (才)		健康・病名 ( )
		年 月 日 (才)		健康・病名 ( )
		年 月 日 (才)		健康・病名 ( )
		年 月 日 (才)		健康・病名 ( )

2. ご家族や、お子さまにとって近い親戚 (祖父母やおじおば、いとこ) についてお聞きします。

① 発達の遅れや発達に影響を及ぼすような病気を経験した方はおられますか。

- いいえ  
 はい (誰が:      どのような:      )

② 精神疾患 (うつなど) や精神科・心療内科に通院歴のある方はおられますか。

- いいえ  
 はい (誰が:      どのような:      )

3. ご家庭の中で、なかなか解決できない悩みや問題がありますか。

- いいえ  
 はい (さしつかえなければご記入下さい)      )

【4】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て不安になる。				
3. 子どもの態度や行動を正さなければと思う。				
4. 子どもの考えていること、気持ちが分かる。				

【5】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 睡眠、排泄、食べることについて

スムーズ  難しい (具体的に: )

② 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: )

③ 物の管理について (片付け、忘れ物、なくし物など)

スムーズ  難しい (具体的に: )

④ 予定や時間を意識した行動について (遅れないように準備するなど)

スムーズ  難しい (具体的に: )

⑤ ネット、ゲームなどの使用においてルールをだいたいは守っている

はい  いいえ  わからない

⑥ 特に興味があること、好きなこと

( )

2. 学校生活について

① 友達とのやりとり (学級活動など)

スムーズ  難しい (具体的に: )

② 行事参加 (運動会や音楽会など)

スムーズ  難しい (具体的に: )

③ 休み時間の過ごし方 (絵を描く、読書、友達とドッチボールなど)

( )

④ 学校生活に対する子どもの思い (楽しい、ふつう、しんどい、など)

( )

3. 学習について

① 家庭学習・宿題

スムーズ  難しい (嫌がる、注意が散る、理解が難しい、その他: )

② 読むことに関して

スムーズ  難しい (興味がない、読むのが遅い、その他: )

③ 書くことに関して

スムーズ  難しい (字形が整わない、思い出すのに時間がかかる、その他: )

④ 好きな教科 ( ) 苦手な教科 ( )

