

相談問診票 (保護者記入用)

幼児のお子さま用

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。

★空欄にはご記入頂き、あてはまる項目は○印で囲んでください。

お子様のお名前 ふりがな _____ 性別 男 ・ 女
生年月日 平成・令和 年 月 日 年齢 才 か月
住所 〒 _____
電話番号 _____
所属 _____ 園 組 (才児クラス)
記入日 令和 年 月 日
記入者 父 ・ 母 ・ その他 (_____)

1. 相談を申し込まれたきっかけを教えてください。

- ・ 関係機関ですすすめられて (機関名 _____ 担当者名 _____)
- ・ 学校や園ですすすめられて (先生の職名 _____ 名前 _____)
- ・ 保護者自身が希望されて
→どこでセンターのことを知りましたか (○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 ・ 健診でのちらし ・ 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、気になることの内容、生活への影響、など)

3. 上記に対して、すでにご家庭として工夫しておられることがあればお教えてください。

★お子さまのこれまでの経過をお聞きします。

1. 出生状況について、お聞きします。

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
寝返りをよくするようになった	才	か月
支えなく安定してすわる	才	か月
四つばい移動をはじめた	才	か月
自分でつかまって立ち上がる	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。

<ul style="list-style-type: none"> ・おとなしかった ・よく泣いた ・人見知りがなかった 	<ul style="list-style-type: none"> ・あまり寝なかった ・離乳食がすすまなかった ・母乳が離れにくかった（卒乳 才 か月） 	<ul style="list-style-type: none"> ・夜泣きが多かった
--	---	---

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）

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
昼間のおむつを卒業した	才	か月

5. 小さいときから今に至るまでの間で、あてはまるものがあれば□に✓をつけ、それが目立っていた時期をご記入ください。

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"/>	
思いが通らなると、かんしゃくやパニックをおこす	<input type="checkbox"/>	
肌ざわりや音、におい等に非常に敏感	<input type="checkbox"/>	
指しゃぶり、爪かみ、性器いじりなどのくせが目立つ	<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. これまでの所属や通っていた療育や教室

お子さまの年月齢	園、学校、通っていた療育や教室の名前
才 か月 ~ 才 か月	
才 か月 ~ 才 か月	
才 か月 ~ 才 か月	
才 か月 ~ 才 か月	
才 か月 ~ 才 か月	

7. これまで発達について相談をうけたことが

- ・ない
- ・ある

→

時期 (お子さまの年齢や学年)	担当者の所属 ・ 担当者名

8. 相談をすすめる上で、これまでの担当者や園と連絡・連携してもよいですか。

- はい いいえ

9. 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: 才 か月) の時に (病名:)

10. 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: 才 か月) の時に (治療内容:)

11. チック症状 (瞬間的にまばたきを繰り返すなど) がでたことがありますか。

- ・なし
- ・あり → (どんなしぐさ:)
(いつ頃からどれくらい続いたか:)

12. 上記以外に定期的に受診したり、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:)

13. 脳波や頭部CTやMRIの検査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:)

14. ①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う

②聴力検査をうけたことがありますか。

- ・なし
- ・あり → 結果： 異常なし ・ 難聴の疑い ・ 難聴と診断された

15. ①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う

②眼科受診や視力検査をうけたことがありますか。

- ・なし
- ・あり → 結果： 異常なし ・ あり（内容： _____）

★ご家族のことについてお聞きします。

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			健康・病名（ ）
		年 月 日			健康・病名（ ）
		年 月 日			健康・病名（ ）
		年 月 日			健康・病名（ ）
		年 月 日			健康・病名（ ）
		年 月 日			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 _____）

1. 日常生活について

・ 排泄に関して悩みがある	はい	・ いいえ
・ 睡眠に関して悩みがある（寝つきが悪い、何度も目が覚めるなど）	はい	・ いいえ
・ 食に関して悩みがある（偏食がひどい、食べ方など）	はい	・ いいえ
・ 衣服の着脱がひとりでできない	はい	・ いいえ
・ おもちゃや自分のものを片付けることが苦手	はい	・ いいえ

2. 友達関係や遊び、表現の仕方について あてはまる姿があれば○をつけてください

友達関係	<ul style="list-style-type: none"> ・ 仲の良い友達がいる ・ 友達とよく遊んでいる（内容： ） ・ 一人で遊んでいることが多い（内容： ） 	
遊び・活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ じっくり遊ぶほうだ ・ 固まってしまうことが多い ・ 遊びが転々としやすい ・ 体を使った遊びをいやがる 	
気持ちや表現	<ul style="list-style-type: none"> ・ おだやかなほうだ ・ おとなしい ・ 表情が固い ・ おこりっぽい ・ 活発だ ・ 物を投げる、人を叩くなどが目立つ ・ 泣くことが多い ・ 大声をよく出す 	

3. 園生活について（集団生活について）

① 友達との交流について

・ スムーズ ・ 難しい（具体的にあれば： ）

② 行事（運動会や発表会など）への参加

・ スムーズ ・ 難しい（具体的にあれば： ）

④ 特に困っていることや心配していること

・ なし ・ あり（その内容： ）

4. 習い事をしておられたらご記入ください

習い事の内容	いつから	お子さまの様子
例： スイミング	例： 3歳から	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、動き、話し方など）があれば教えて下さい。

[]

7. お子さまのよい所、持ち味を教えてください。

[]