

子ども相談シート

- この表紙と1ページ目と2ページ目は必ずご記入ください。
- ご本人様が小学生以上の方は、3ページ目のご記入もお願いします。
- ご記入していただいた内容は、当院個人情報保護規定に基づいて取り扱います。

年 月 日

ふりがな
ご本人のお名前 _____

記入日 年 月 日
ご本人の生年月日 _____

住所 〒 _____

連絡先 _____ (日中つながりやすい連絡先をご記入ください)

所属 _____ (保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・大学・特別支援学校 (部))

学年 _____ 年

相談者のお名前 _____ 続柄 父・母・その他 ()

現在気になること

それはいつから生じましたか?

きっかけはありますか? または、強まった要因はありますか?

これまでの相談は、どこで、どのように言われ、どのように対応されましたか?

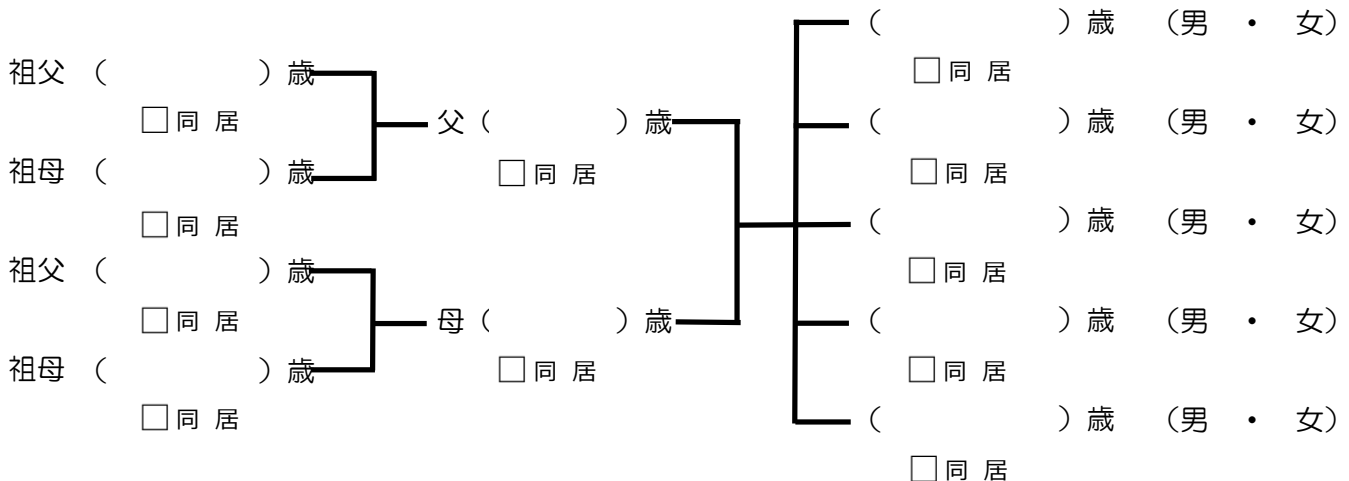
睡眠について気になることはありますか? 睡眠時間 (時 ~ 時)

食事回数と食事の時間は? 食事で気になることはありますか?

これまでにかかった病気、現在治療している病気はありますか? 服用中のお薬はありますか?

ご本人の良いところ

<現在の家族構成> (ご本人も含めてご記入ください。同居者にはチェックをしてください。)



ご本人が生まれてからの両親の離別 (なし ・ あり) と死別 (なし ・ あり)
当時のご本人の年齢 歳

妊娠から小学校入学前までのことをご記入ください

妊娠中の問題	なし	・	あり	(内容:)				
在胎	週	分娩法	普通	・	吸引	・	帝王切開	出生時の体重	g
出生時の問題	なし	・	あり	(内容:)				
保育器の使用	なし	・	あり	(理由:)				
1歳までの主な養育者	父	・	母	(母方・父方)	祖母	(母方・父方)	祖父	その他	(
1歳までの主な養育者の心身の状態	よい	・	よくない	(内容:)				
歩き始め	カ月	意味のある言葉	カ月	二語文	カ月				
1歳半健診での指摘	なし	・	あり	(内容:)				
3歳時健診での指摘	なし	・	あり	(内容:)				

3歳までで気になったことはありますか？

保育園・幼稚園ではどんなお子さんでしたか？ (通い始めは 歳から)

小学校入学前までに気になったことはありますか？

<言葉・コミュニケーションについて>

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 言葉の遅れがある | <input type="checkbox"/> 名前を呼んでもあまり反応しない |
| <input type="checkbox"/> 発音がはっきりしない | <input type="checkbox"/> 興味のあるものに指さしをしない |
| <input type="checkbox"/> どもることがある | <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい |
| <input type="checkbox"/> オウム返しが多い | <input type="checkbox"/> 何度も注意しても伝わりにくい |

<行動・遊びなどについて>

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 一人遊びが多い | <input type="checkbox"/> かんしゃくが多い |
| <input type="checkbox"/> マネをしない | <input type="checkbox"/> 自分を叩く、噛むなどの自傷がある |
| <input type="checkbox"/> ごっこ遊びをしない | <input type="checkbox"/> 音や肌触りに敏感 |
| <input type="checkbox"/> 特別に気に入ったものがある
(内容:) | <input type="checkbox"/> 偏食が強い |
| <input type="checkbox"/> こだわりが強い | <input type="checkbox"/> よく迷子になる |
| <input type="checkbox"/> 気持ちの切り替えが難しい | <input type="checkbox"/> 転びやすい |
| <input type="checkbox"/> 状況や予定の変更を受け入れにくい | <input type="checkbox"/> 同年代の子どもと比べてできないことがある
(内容:) |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

<幼稚園などの集団生活>

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 慣れるのに時間がかかる | <input type="checkbox"/> 落ち着きがない |
| <input type="checkbox"/> 指示が通りにくい | <input type="checkbox"/> とっさに危険な行動をする |
| <input type="checkbox"/> もめることが多い | <input type="checkbox"/> 動作がゆっくりでマイペース |
| <input type="checkbox"/> 集団活動が苦手 | <input type="checkbox"/> 活発すぎる |
| <input type="checkbox"/> 一人で過ごすことが多い | <input type="checkbox"/> 不器用 |
| <input type="checkbox"/> 切り替えることが難しい | <input type="checkbox"/> 決まった遊びを好む |
| <input type="checkbox"/> こだわりが強い | <input type="checkbox"/> その他 (内容:) |

