

記入年月日： 年 月 日

### 相談者記入シート

ふりがな 相談者名（記入者）：			対象者との関係：		相談者所属機関：	
相談者住所 〒 —			TEL（携帯）：（ ） — *日中つながりやすい番号をご記入ください			
			E-mail：		@	
ふりがな 対象者名：			経由機関		担当者	
性別： 男 / 女		年齢	歳	生年月日： 年 月 日		
対象者住所：〒 —			TEL（携帯）：（ ） — F A X：（ ） — *日中つながりやすい番号をご記入ください			
診 断： <input type="checkbox"/> 診断なし <input type="checkbox"/> 診断あり（診断名：（ ）） <input type="checkbox"/> 診断名は無いが（（ ））の疑いがあると（（ ））より言われた						
手 帳： <input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B） <input type="checkbox"/> 精神手帳（1級/2級/3級） <input type="checkbox"/> 身障手帳（（ ））級（障害名：（ ））						
所属機関名： （幼稚園・保育所等）			クラス：（年長・年中・年少・その他（ ））			
担任名：			加配：（有・無）		加配名：	
クラス人数： 名			全施設人数： 名			
家 族 構 成	氏 名	続柄	年齢	職場・学校（学年）	同居・別居	特記事項



2. お子さんのご様子について、以下にご記入ください。

- ① 初めて意味のある言葉が出たのは何歳ですか。 (      歳      か月)
- ② 二語文が出たのは何歳ですか。 (      歳      か月)
- ③ 初めて一人で歩いたのは何歳ですか。 (      歳      か月)

④ お子さんのご様子についてお聞きします。

以下の項目について、現在当てはまると思うものに○を、これまで一時的であっても当てはまると感じたことがあるものに△を記入してください。

視線が合いにくい、または合いすぎる	新しい場所や人に緊張しやすい
名前を呼んでも振り向きにくい	苦手な音や声がある
人見知りがない、または人見知りが強い	偏食がある
指さして興味のあるものを伝えない	乱暴な言動がある
かんしゃくが強い	落ち着きがない
言葉が遅れている	注意が続きにくい、不注意である
年齢相応の言葉のやりとりが成立しにくい	指示されたこと等をすぐに忘れてしまう
相手の話を理解することが苦手	運動が苦手
自分の気持ちを伝えることや説明が苦手	手先が不器用
一方的に話す	登園しぶりがある
オウム返しが多い	園などの集団活動に参加することが難しい
人の気持ちや意図を理解することが苦手	年齢相応の生活習慣(食事・着替・排泄等)が身につけていない
他の子どもへの関心が薄い	睡眠リズムや生活リズムが不安定
年齢相応の友人関係を築くことが難しい	その他、気になることがある
予定の変更が苦手	
切り替えが難しい	
こだわりが強い	
興味が偏っている	

⑤ 子どもさんの得意なことや強みと思われることをご記入ください。

(例：○○にとっても詳しい、○○であればとても集中できる、記憶力が良い等、何でも結構です)

**当日ご持参いただきたいもの**

- ◇ 検査結果(検査を受けたことがある方のみ)
- ◇ 診断書(お持ちの方のみ)
- ◇ 作文や絵画など、ご本人の状況が把握できる資料

ご記入ありがとうございました