

相談受付シート

記入日： 年 月 日

記入者 (本人との続柄)			記入者所属機関			
記入者住所 〒 -			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			みなわをお知りになったきっかけ			
性別 男 / 女	年齢 歳	生年月日 年 月 日				
* 記入者住所と同じ場合は、同上とお書きください			対象者住所 〒 -			
			自宅電話 () -			
			携帯電話 () -			
			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 (B2 / B1 / A2 / A1) <input type="checkbox"/> 精神手帳 (1 級/2 級/3 級) <input type="checkbox"/> 身障手帳 () 級 (障害名 :)						
所属学校名		学校	学年		年生	担任名
利用クラス (通常学級 ・ 通級指導教室 ・ 情緒学級 ・ 知的学級 ・ 支援学校[]部)						
児童・生徒数 通常学級 (名) ・ 特別支援学級 (名) ・ 全校生徒 (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

*ご相談したい内容について、できるだけ具体的に以下にご記入ください。

1. ご相談までの経緯等について、以下にご記入ください。

① 成育歴について以下に（入園、入学、中退、不登校、特別支援学級利用等につい）てご記入ください。

成 育 歴	学校名	通園・通学期間

② 発達検査（WISC・PEP・新版K式など）を受けたことがある場合は、以下にご記入ください。

検査日・年齢	実施機関	検査名	検査結果
年 月 () 歳			
年 月 () 歳			

③ 他機関の利用をしたことがある場合は、以下にご記入ください（現在も含む）。

機関名	担当者	内 容	頻度（〇か月に△回等）	利用した時期・年齢
相談機関				
医療機関				
訓練機関				

④ 服薬をされている場合は、以下にご記入ください。

薬品名	処方機関	症状
		不眠・多動・ADHD・その他（ ）

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 月)
- ② 初めて一人で歩いたのは何歳ですか。 (歳 月)
- ③ お子さんの現在と幼児期(0～5歳)のご様子について、それぞれあてはまるところに○をつけてください。

* 幼児期のご様子については、一時的にでも当てはまると感じたことがある場合には○をつけてください。

幼 児 期	現 在		幼 児 期	現 在	
		視線が合いにくい、または合いすぎる			落ち着きがない
		名前を呼んでも振り向きにくい			注意が続みにくい、不注意である
		人見知りがない、または人見知りが強い			忘れ物が多い
		指さして興味のあるものを伝えない			指示されたこと等をすぐに忘れてしまう
		かんしゃが強い			不得意な科目がある(科目名)
		言葉が遅れている			文字を書くことが苦手
		年齢相応の言葉のやりとりが成立しにくい			文章を読み取ることが苦手
		相手の話を理解することが苦手			計算が苦手
		自分の気持ちを伝えることや説明が苦手			運動が苦手
		一方的に話す			手先が不器用
		人の気持ちや意図を理解することが苦手			授業に集中することが難しい
		他の子どもへの関心が薄い			いじめられていたことがある
		年齢相応の友人関係を築くことが難しい			登校しぶり、不登校
		予定の変更が苦手			年齢相応の生活習慣(食事・排泄等)が身についていない
		切り替えが難しい			睡眠リズムや生活リズムが不安定
		こだわりが強い			その他、気になることがある
		興味が偏っている		<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto;"> </div>	
		新しい場所や人に緊張しやすい			
		苦手な音や声がある			
		偏食がある			
		乱暴な言動がある			

④ 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：○○が好き、○○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)

ご記入ありがとうございました