|  |
| --- |
| **事前情報シート（※記入例）　　　2024**年　**4**月　**1**日 |
| 名前 | **Aくん** | 性別 | 男　　女 |
| 年齢 | 　　　　　**４**　才　　**3**か月 |
| 所属・学年 | **カープ保育所　年中クラス** |
| 医療 | 診断名　　　　**☑**あり（診断名　**自閉スペクトラム・ADHD**　　）　　　　　　　□なし※診断名☑ありの場合診断医療機関名（ **コスモス病院**　）　　　　　　　　　　　投薬　　　　　□あり（薬名　　　　　　　　　　　　 　）　　　　　　**☑**なし　　　　　　　 |
|
|
|
| 現在受けている支援 | (1) 利用している事業名・施設等（複数回答可）**☑**児童発達支援センター、児童発達支援事業所 【利用頻度： **週2日** 】□子ども家庭センター 【利用頻度等：　　　　　　　　】□地域の相談機関、巡回相談など 【利用頻度等：　　　　　　　　】□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）(2）支援内容**他者との関わりやコミュニケーションについての学習** |
|
|
| 相談内容 | **本人への関わり方や環境設定などの工夫があれば知りたい。** |
| 現在行っている支援 | 【見立て・現在行っている支援】**①ルールが理解できていない****⇒ルールや約束を伝える。****②見通しが持てない****⇒今やることを言葉で伝え、活動に戻るように促す。** | 【支援の実施状況】**①ルールや約束を伝えると「分かった」と言うが、その後また同じことを繰り返す。****②伝えても、戻れる時と戻れない時がある。** |
|  本人の強み・好きなこと | **・体を動かす遊び、活動が好き。****・先生の手伝いやお当番は意欲的に行う。****・決まっている流れ（朝の準備など）はスムーズにできる。** |
| 所属機関・クラスの状況・環境 | 【人数】（所属機関：  **110**）名・（1クラス：　**29**  ）名【環境】**・クラスの中に診断がある子どもが3名おり、加配がついている。****・教室の後ろにクールダウンができるスペースをつくっている。** |
|
| その他自由記述 | **・3歳児検診で発達の遅れの指摘があった。****・保育所での様子を保護者に伝えているが、受け入れが難しい。****・送迎は、祖父母が来ることが多い。** |

記入者 : 　　**くえすと　花子**

マネジメント事業利用、1週間前までにお送りください。