

相談者記入シート

記入日： 年 月 日

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 〒 ー		TEL（携帯）：（ ） ー *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：〒 ー		TEL（携帯）：（ ） ー F A X：（ ） ー *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（ ㉠ / A / ㉢ / 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： ）						
所属学校名： 学校			学年： 年生			
担任名：			介助員：（有・無）		介助員名：	
利用クラス：（ 通常学級 ・ 特別支援教室 ・ 特別支援学校[]部 ）						
児童・生徒数：通常学級（ 名） ・ 特別支援教室（ 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

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 初めて一人で歩いたのは何歳ですか。 (歳 か月)
- 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		注意が続きにくい、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
	かんしゃくが強い		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)が身につけていない
	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		
	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：〇〇にとっても詳しい、〇〇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