

ふりがな お子様のお名前	生年月日 年 月 日	性別 (○で囲んで下さい) 男 女
お子様の所属 (学校名をご記入ください)	市立 私立	小学校 中学校 学年
ふりがな 記入者のお名前	生年月日 年 月 日	続柄

I 相談されたいことはどんなことですか？ (気づかれた時期も併せてご記入下さい)

II 発達の事で今までに医療機関にかかっていますか？または、今までにかかったことがありますか？  
ない ・ ある (医療機関名と期間、診断名をご記入下さい)

医療機関名	期間 ( 年 月 ~ 年 月 ) 年 月 ~ 年 月	診断名

III 医療機関以外の施設で相談を行っている、または、過去に行ったことがあれば、ご記入下さい。

IV 現在、療育等に通っている、または、過去に行ったことがあれば、ご記入下さい。

V 生育歴についてご記入下さい。

- ① 首すわり ( )ヶ月    ② 一人すわり ( )ヶ月    ③ ハイハイ した しなかった  
 ④ 一人立ち ( )ヶ月    ⑤ 一人歩き ( )ヶ月    ⑥始語    才    ヶ月    言葉 ( )

VI お子様についてお尋ねします。(質問項目があるかないか○をつけてください)

項目	ある	ない	項目	ある	ない
① 落ち着きがない			② 思い通りにならないとかんしゃくを起こす		
③ 注意散漫			④ 大人の言うことを聞かない		
⑤ 忘れ物が多い			⑥ 順番を待つのが難しい		
⑦ 反抗的			⑧ 集団行動が苦手		
⑨ 手先が不器用			⑩ 負けるのがすごく嫌		
⑪ 言葉の遅れ			⑫ 友達と遊ぶよりも一人遊びが好き		
⑬ 会話がずれる			⑭ 新しいことやいつもと違うことが苦手		
⑮ 勉強の遅れ			⑯ こだわりが強い		

VII 好きな遊びは何ですか？

VIII 得意なことは何ですか？

IX 性格は？

X お子様の生活習慣についてお尋ねします。

① 朝は何時ぐらいに起きますか？ ( ~ 時)	寝起きは	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 悪い
② 夜は何時に寝ますか？ ( ~ 時)	寝付きは	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 悪い
③ ゲーム・PC・TV等は、何時間ぐらい使いますか？	平日 ( )時間	休日 ( )時間	
④ 食事は1日3回とっていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑤ この2, 3か月の体重の変化はどうですか？	<input type="checkbox"/> 減少	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 増加
⑥ 親子関係は、うまくいっていますか？	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 悪い
⑦ 友達関係は、うまくいっていますか？	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 悪い
⑧ 最近の成績はどうですか？	<input type="checkbox"/> 上がった	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 下がった