

記入日:令和 △年 △月 △△日

記入者: 池上 花子

お子様の名前: 池上 太郎

生年月日:(平成・令和) △年 △月 △△日 (現在 △歳)

1 家族構成

氏名	続柄	年齢	備考(学年等)	氏名	続柄	年齢	備考(学年等)
ご本人を除いたご家族をご記入ください。							

2 通園・療育機関等の利用

保育園・幼稚園

- △△年 △月～ 園名【 ○○幼稚園 】
- △△年 △月～ 園名【 ○○保育園 】

療育機関等

- △△年 △月～ △△年 △月まで 機関名【わかばの家 ・ その他()】
- △△年 △月～ △△年 △月まで 機関名【わかばの家 ・ その他()】

相談歴(発達に関して)

- △△年 △月～ 相談機関名【 】

***乳幼児健診で相談された内容があれば、ご記入ください。**

- ・1歳半健診 相談内容()
- ・3歳児健診 相談内容()
- ・5歳児健診 相談内容()

・民間の療育機関を利用されていた場合は、『その他』に機関名をご記入ください。

・これまでの複数回検査を受けられている方は、直近の二回分をご記入ください。

3 心理・発達検査歴

・ △△年 △ 月 実施機関【 わかばの家 】
実施検査 新版 K 式発達検査 田中ビネー知能検査 WISC/WPPSI 知能検査
その他()

・ △△年 △ 月 実施機関【 保育園 巡回相談 】
実施検査 新版 K 式発達検査 田中ビネー知能検査 WISC/WPPSI 知能検査
その他()

4 お子様の現在の様子(小学校就学用) *該当するところ(複数可)にチェックをつけてください。

I 身辺自立		
1 衣服	着脱 ボタン 靴	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助
2 食事	スプーン・フォーク 箸 偏食 食物アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 練習中 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 練習中 <input type="checkbox"/> 介助 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に:) <input checked="" type="checkbox"/> なし
3 排泄	小便 大便 おむつの使用	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 大便時
備考 *付け加える情報があれば ご記入ください。		・大人の手助けなく、お子様が自分でできる項目については“自立”にチェックを付けてください。
II 行動面		
1	落ち着きなく行動することがある。(じっとしてられない等)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	気が散りやすく、物事に注意を集中することができない。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	関心のあることばかりやりたがる。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
4	要求が通らないと、かんしゃくを起こすことがある ⇒ 『はい』の場合、具体的にはどのようなことですか。 <input checked="" type="checkbox"/> 大声を出す、泣く <input type="checkbox"/> 自傷や他害(人や物に対して)がある <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	こだわりがある。 ⇒ 『はい』の場合、具体的にはどのようなことですか。 <input type="checkbox"/> 感覚過敏(音・におい) <input type="checkbox"/> 順序や位置(物・事) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
6	初めての場所や人が苦手である。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	手先や運動面での不器用さがある。 ⇒ 『はい』の場合、具体的にはどのようなことですか。 <input type="checkbox"/> 手先の操作などの微細な運動(ハサミ・ボタン等) <input type="checkbox"/> 体を大きく動かす運動(ボール投げ・走る等) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
III 言語・コミュニケーション		
1	相手に言われたこと(日常的な言葉)を理解できる。 ⇒ 『はい』の場合、該当するところにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> よく理解する <input checked="" type="checkbox"/> だいたい分かる <input type="checkbox"/> 分からないときがある <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	自分の伝えたいことを言葉で表現することができる。 ⇒ 『はい』の場合、該当するところにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 文章で話す <input checked="" type="checkbox"/> 二語文程度で話す <input type="checkbox"/> 単語で伝える <input type="checkbox"/> 話すが、通じないときがある ⇒ 『いいえ』の場合、該当するところにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 泣いたり怒ったりして感情を表現する <input type="checkbox"/> 行動やジェスチャーで伝えようとする <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

3	発音で聞き取りにくいところがある。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒ 『はい』の場合、現在の様子を具体的にご記入ください。 発音について(カ行の発音が不明瞭になることがある)		
4	会話などのコミュニケーションに積極的に応じる。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
IV 学習面		
1	文字への関心がある。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	ひらがなが読める。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒ 『はい』の場合、該当するところにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> だいたい読める <input type="checkbox"/> 読めるひらがながある <input checked="" type="checkbox"/> 自分の名前が読める <input type="checkbox"/> その他()		
3	ひらがなが書ける。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⇒ 『はい』の場合、該当するところにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> だいたい書ける <input type="checkbox"/> 書けるひらがながある <input type="checkbox"/> 自分の名前が書ける <input type="checkbox"/> その他()		
4	簡単な形(○や△等)が書ける。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
5	数への関心がある。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒ 『はい』の場合、該当するところにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 100程度まで声に出して数える <input checked="" type="checkbox"/> 10程度まで声に出して数える <input checked="" type="checkbox"/> 「1, 2, 3」が言える <input checked="" type="checkbox"/> “○個取って”という指示が分かる <input checked="" type="checkbox"/> 書かれている数字を読むことができる <input type="checkbox"/> その他()		
V 在籍園等での様子		
1	先生からの全体指示を理解し、行動できる。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒ 『はい』の場合、該当するところにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 指示を正しく理解する <input type="checkbox"/> 指示をおおむね理解できる <input checked="" type="checkbox"/> 指示の理解があいまいになることもある <input type="checkbox"/> その他()		
2	周りを見て行動できる。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	静かに座って話を聞くことができる。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⇒ 『いいえ』の場合、該当するところにチェックをつけてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 周囲を動き回る <input type="checkbox"/> 部屋から出てしまうことがある <input type="checkbox"/> 先生が横についてくれる <input type="checkbox"/> その他()		
4	集中して活動に参加する。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
5	集団活動(運動会・お遊戯会等)に参加することができる。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	次の活動への切り替えがスムーズである。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
7	同年齢の子どもと関わることができる。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒ 『はい』の場合、該当するところにチェックをつけてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 自分から積極的に関わろうとする <input type="checkbox"/> 相手や先生から誘われると一緒に遊ぶ <input type="checkbox"/> その他()		
8	ひとり遊びが多い(集団や少人数で遊ぶことが苦手である)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
9	ルールのある遊び(鬼ごっこやだるまさんが転んだ等)に参加する。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	友達とトラブルになることがある。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
好きな遊び	家庭: ゲーム テレビを見る 在籍園: ブロック 鬼ごっこ	

項目は以上です。ご回答ありがとうございました。