

相談受付アンケート（小学生用）

記入日：令和 年 月 日

記入者：父・母・祖父母・その他（ ）

フリガナ				男 ・ 女 ・ （ ）	
お子さんのお名前	生年月日		平成	年	月 日 (歳 か月)
			令和		
ご住所	〒 —				
	北区				
電話番号(連絡がとれる時間 : ~ :)			左記以外の連絡先		
(父・母・自宅・その他)			(父・母・自宅・その他)		

1. 所属先やかかりつけ医について

幼稚園・保育園	公立・私立 保育園 (年間)	公立・私立 幼稚園 (年間)
小学校	公立・私立 小学校 (年生)	<input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 巡回指導 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> きこえの教室
かかりつけ医	病院名、診療科、主治医 (分かれば)	診療内容、通院頻度
	病院名、診療科、主治医 (分かれば)	診療内容、通院頻度
	病院名、診療科、主治医 (分かれば)	診療内容、通院頻度

2. 健診について

- ・1歳6か月健診 (受けた ・ 受けなかった) 心理相談の利用 (受けた ・ 受けなかった)

医師や心理士の指摘や助言：(例)指さしをしない、発語がない など

- ・3歳児健診 (受けた ・ 受けなかった) 心理相談の利用 (受けた ・ 受けなかった)

医師の心理士指摘や助言：(例)言葉が少ない、落ち着きがない など

- ・就学時健診 (受けた ・ 受けなかった) 就学相談の利用 (受けた ・ 受けなかった)

指摘や助言：

・これまでに療育をご利用されたことがあれば、ご記入下さい。

開始時期～終了時期	場所(機関名)	内容・目的など

4. お子さんの生活について

① 睡眠

- ・起床時間(____:____)頃 ・就寝時間(____:____)頃
- ・睡眠について、気になる事があればご記入ください。(例：寝つきが悪いなど)

② 食事

- ・普段の食事の時間をご記入ください。
朝(____:____)頃 誰と(____) 夜(____:____)頃 誰と(____)
 - ・食事について、気になる様子はありますか？
 食事中の立ち歩き 偏食(内容: _____)
 - 食欲のムラ テレビや動画を見ながら食べる その他(____)
- ③ 排泄について、気になる事があればご記入ください。

-
- ④ 感覚(音、光、触覚、味覚、嗅覚、温度、痛覚)について気になることがあればご記入ください。

⑤ 休日の主な過ごし方

-
- ⑥ これまでにかかった体の病気や、今かかっている病気について教えてください。

例：てんかん、中耳炎、喘息、アレルギー、糖尿病 など

(_____)

- ⑦ 障害者手帳はお持ちですか？

はい(種類: _____ 等級: _____) いいえ

以下、母子手帳を複写致します。当日必ずお持ちください。

- 6. 妊娠中について
- 7. 出生時について
- 8. 発達の様子について

9. ご家族についてご記入ください。(育児をサポートしてくれる人の続柄に○を付けてください)

続柄	フリガナ 氏名	生年月日	ご職業または所属
父	(同居・単身赴任・別居 離婚・死別・その他)	S H 年 月 日	勤務形態： 休日：
		健康状態	良好・不良
母	(同居・単身赴任・別居 離婚・死別・その他)	S H 年 月 日	勤務形態： 休日：
		健康状態	良好・不良
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
父方 祖父母	氏名 (同居・別居)	健康状態・要介護度	住まい(都道府県・区・市)
母方 祖父母	氏名 (同居・別居)	健康状態・要介護度	住まい(都道府県・区・市)

その他、何か気になることがございましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

備考欄(職員記入)

初回面接日時 (R 年 月 日) 対応職員 ()