

※この用紙に記入いただき、面談日当日お持ちください。

相 談 用 紙		紹介者名		
相 談 日	年 月 日	担当者名		
児 童 名		性 別	男 ・ 女	
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)			
所 属	(保育所・幼稚園・学校等の名称) 担任者名 ()			
保護者名	父			
	母			
住 所	〒 — _____			

	TEL () — _____ FAX () — _____			
家族構成	続 柄	氏 名	年 齢	職 業

○通常の一週間の主な生活時間帯をご記入ください。

曜日	月	火	水	木	金
時間					
8 時					
9 時					
10 時					
11 時					
12 時					
1 時					
2 時					
3 時					
4 時					
5 時					

お 子 さ ま の 記 録

お子さまのお名前_____

この調査票は、お子さまのこれからの訓練や療育指導について、適切な方針を立てるための大切な資料になるものです。

できるだけ詳しくご記入ください。もし、母子手帳や育児日記などを保存されていまして、参考にしながらご記入ください。

あてはまる項目にはすべて○印を、空欄には必要なことがらをご記入ください。

また、項目に当てはまらなくても、それに関連したことで、気になられることがありましたら、余白のところに記入ください。

ご記入いただきましたことにつきましては、個人情報として厳重に保管し、外部に流出することはありません。

記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入された方：父・母・祖父・祖母・その他の養育者（ _____ ）

＜１＞現在、お子さまのことで気になっておられることは、どのようなことですか？

＜２＞最初にお子さまの問題に気づかれたのは？

誰が？ _____

いつ？ _____

どのようなことから？ _____

< 3 > そのことについて、医療機関で診断を受けられましたか？

- ・ 受けない。
- ・ 受けた。

いつ？ _____

どこで？ _____

どのような結果でしたか？（診断内容など）

< 4 > 上記のほかに、診断や知能検査、発達検査を受けられたことがありますか？

いつ	どこで	検査内容	結果
年 月			

< 5 > 今までに治療や訓練のために、比較的長期間、通われたところがありますか？

医療機関名等	期間： 年 月～約（ ）年間	治療・訓練の内容

< 6 > 今までに手術や入院治療などを受けられたことがありますか？

いつ	医療機関名	内 容
年 月		

＜ 7 ＞ 保育所・幼稚園・学校・通園施設など、現在にいたるまでに通われたところをすべてご記入ください。

通所機関	通所期間	適応状況
	年 月～ 年 月	

＜ 8 ＞ 妊娠中の様子

1. お子さんを妊娠している間に、お母さんが次のような病気にかかれたことがありましたか？ [風疹（三日はしか）・はしか・猩紅熱・水疱瘡・ヘルペス・その他皮膚に発疹のでる病気・おたふくかぜ・インフルエンザ・肺炎・糖尿病・貧血・ほか]

ない・ある：妊娠 月 月のころ、 にかかった。

2. そのほかに、妊娠中に変わったできごとや、医師から特に注意されたこと、妊娠中に飲んだ薬、ご自分で気にされていたこと、などがありましたら、ご記入ください。

ない・ある：()

＜ 9 ＞ お産の時のこと

1. お子さんの出産時、お母さんは何歳でしたか？ (歳)
2. 出産の際の、お子さんの体位は、どうでしたか？ (普通・逆子・その他：)
3. 予定日に出産されましたか？ (ほぼ予定どおりに生まれた・予定日より 日 位早かった・ 日位遅かった)
4. 難産でしたか？ (軽かった・普通・難産だった：)
5. 出産の時、子（かんし）をかけましたか？ (かけなかった・かけた)
6. 出産の時、麻酔をかけましたか？ (かけなかった・かけた)
7. 出産時の体重は g でした。
8. 出産直後の様子はどうか？

- ・すぐ泣き声が聞こえた。
- ・しばらく仮死状態で泣かなかった。約 分くらい。
- ・血の気がなく、紫色になっていた。
- ・その手当てに、どのようなことをされましたか？

()

9. 生まれて間もない頃、黄疸（おうだん）がでて、身体が黄色くなりましたか？
 （気がつかなかった・ふつう・強かった：____日目から ____日位続いた）

10. これらのほかに、出産の時に変わったことがありましたら、お書きください。
 ()

<10> 出生後、6ヶ月頃までの様子

1. 痛が強くて、激しく泣くことが多かったですか？ （はい・いいえ）
2. 大人しくて、静かで、手のかからないお子さんでしたか？ （はい・いいえ）
3. 生まれて間もなく、おっぱいが吸えましたか？
 - ・吸いつく力がなかった。____日位のあいだ。
 - ・飲む力が弱かった。
 - ・飲む量が少なくて困った。
 - ・おっぱいが鼻からもれて、出てくることがあった。
 - ・ふつう
4. おっぱいは：母乳・母乳とミルク・牛乳・人口栄養
5. 離乳をしたのは ____ヶ月頃。
6. 風邪や消化不良、そのほかの病気にかかりやすかったですか？ （はい・いいえ）
7. 高熱の出る病気にかかったことがありましたか？
 - ・なかった・あった：____ヶ月頃に、____度くらいの熱が____日位続いた。
 そのとき、ひきつけはおこしましたか？
 - ・おこさなかった・おこした：____回位。
 その病気の後、発育の様子に変化はありましたか？ なかった・あった：
 ()

<11> その後、大きな病気にかかりましたか？ かかっていない・かかった：

〇歳〇ヶ月	疾患名	治癒まで〇日	その後の発達の様子の変化
		日位	なかった・あった ()
		日位	
		日位	

< 1 2 > 発達の様子

以下のことができるようになったのは、いつ頃ですか？

- ・首がすわる（まだ・ 歳 ヶ月頃からできる）
- ・一人で立つ（まだ・ 歳 ヶ月頃からできる）
- ・一人で歩く（まだ・ 歳 ヶ月頃からできる）
- ・排尿を教える（まだ・ 歳 ヶ月頃からできる）
- ・昼間、おむつが完全にいらなくなる

(まだ・ 歳 ヶ月頃がいらなくなった)

< 1 3 > ひきつけ

- ・いままでに、ひきつけをおこしたことがありますか？

(ない・ある： 歳から 歳ころまで（1日・1ヶ月）に 回位）

- ・現在も、ひきつけをおこすことがありますか？

(ない・ある：(1日・1ヶ月) 回位の割合でおこす)

- ・ いままでに、脳波の検査を受けたことがありますか？

(ない・ある： 歳 ヶ月のときに で受けた。

その結果、投薬をすすめられましたか？：いいえ・はい

現在、投薬中の場合のお薬の名前をお書きください。

＜14＞現在のお子さまの全身状態はいかがですか？

- ・ 特に問題ない。
- ・ 虚弱である。
- ・ 合併症がある。

< 15 > 次のことがらについて、お伺いします。

1. お子さまの知能は、ほぼ普通に発達しているとお考えですか？

普通以上に良いと思う・ほぼ年齢なみだと思う・少しゆっくりしている
 と思う・相当遅れていると思う・およそ 歳 ヶ月位と思う

- ## 2. 性格はどうですか？

普通だと思う・少し変わっているところがあると思う

(例えば、)

3. 聴力障害はありますか？

- ・ない

- ・ある 右: dB 左: dB

4. 視力障害はありますか？

・ない

・ある

1) 斜視

2) 近視

3) 遠視

4) その他 _____

< 16 > くせや体質について、お伺いします。

少し、ふつうと変わったクセや、習慣がありましたら、あてはまる項に○印をつけてください。

1. 貧乏ゆすりをよくする。

2. わけもなく、身体をゆり動かしている。

3. へんな手つきをする。

4. 目をパチパチしたり、顔をしかめることがよくある。

5. 大きな音に驚きやすい。

6. 驚くと、顔が真っ青になる。

7. 汗を多量にかく。

8. 夜尿（おねしょ）をする。

9. 下痢しやすい、便秘しやすい、吐きやすい。

10. ジンマシンやストロフルスがしやすい。

11. その他 _____

< 17 > 今回、来所された目的はどのようなことでしょうか？

1. () について、評価をしてほしい。

2. 家庭でどのように援助をすれば良いか、教えてほしい。

3. 通所訓練を受けたい。

4. その他 ()