

<小学生・中学生用>

お子様についての調査票

記入日:令和 年 月 日

記入者: _____

お子様の名前: _____

お子様の生年月日:(平成・令和) 年 月 日
(現在 歳)

1 家族構成(お子様本人を除く)

氏名	続柄	年齢	備考(学年等)	氏名	続柄	年齢	備考(学年等)

2 通園・通学先、療育機関の利用など

<u>保育園・幼稚園</u>	
・ 年 月～	園名【 】
<u>小学校</u>	
・ 年 月～	小学校名【 】
	<input type="checkbox"/> 特別支援教室・サポートルームを利用中(または利用していた)
	<input type="checkbox"/> ことばの教室を利用中(または利用していた)
	<input type="checkbox"/> その他()
<u>療育機関等</u>	
・ 年 月～ 年 月	機関名【わかばの家・その他()】
<u>相談歴</u>	
・ 年 月～	相談機関【教育センター・その他()】
<u>*乳幼児健診で相談された内容があれば、ご記入ください。</u>	
・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()

3 心理・発達検査歴(複数回実施された場合は直近の検査についてご記入ください)

・ 年 月	実施機関【 】
<u>実施検査</u>	<input type="checkbox"/> 新版 K 式発達検査 <input type="checkbox"/> 田中ビネー知能検査 <input type="checkbox"/> WISC/WIPPSI 知能検査
	<input type="checkbox"/> その他()

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

I 学習面	
得意な教科:	苦手な教科:
1 言われたことを理解するのが難しい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 自分の考えや、思っていることをうまく言葉に表せない。	<input 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 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()	
4 読んで理解することにつまずきがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒『はい』の場合、当てはまるところにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> ひらがな・カタカナを読むことが難しい <input type="checkbox"/> 漢字を読むことが難しい <input type="checkbox"/> 文章を読むことが難しい <input type="checkbox"/> その他()	
5 書くことにつまずきがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒『はい』の場合、当てはまるところにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> ひらがな・カタカナを書くことが難しい <input type="checkbox"/> 漢字を書くことが難しい <input type="checkbox"/> 文章を書くことが難しい <input type="checkbox"/> その他()	
6 算数につまずきがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒『はい』の場合、当てはまるところにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 計算が苦手 <input type="checkbox"/> 文章問題が苦手 <input type="checkbox"/> 図形問題が苦手 <input type="checkbox"/> その他()	
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、不注意等)	<input 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 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 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 こだわりがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒『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()	
6 初めての場所や人が苦手である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 予定が変更されると順応した行動が取れない。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8 忘れ物が多い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9 手先や運動面での不器用さがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒『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()	
III コミュニケーション・友人関係	
1 友達とのトラブルが多い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 トラブルになると、相手に手が出たり傷つけたりしてしまう。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 近くに友達がいても仲間に入らず、一人で遊んでいる。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
好きな遊び・趣味	

項目は以上です。ご回答ありがとうございました。