

記入日:令和 △年 △月 △△日

記入者: 池上 梅子

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・通学先、療育機関など

保育園・幼稚園
 ・ △△年 △月～ 園名 【 ○○保育園 】

小学校
 ・ △△年 △月～ 小学校名 【 ○○小学校 】
 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)
 ことばの教室を利用中(または利用していた)
 その他()

療育機関等
 ・ △△年 △月～ △△年 △月まで 機関名【わかばの家・その他(◇◇◇)】

相談歴
 ・ 年 月～ 相談機関名【教育センター・その他()】

*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(・健診の際の相談内容、指摘があったこと等をご記入ください。)
 ・5歳児健診 相談内容()

3 心理・発達検査歴

・ これまでに複数回検査を受けられている方は、直近の検査についてご記入ください。

・ △△年 △月 実施機関名【 ○○大学付属△△病院 】

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: 算数・理科	苦手な教科: 国語・社会
1 言われたことを理解するのが難しい。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 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 type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 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"/> 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 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"/> 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 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"/> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 こだわりがある。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8 忘れ物が多い。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
好きな遊び・趣味	動画を見る、図鑑を見る(電車)、ゲーム

項目は以上です。ご回答ありがとうございました。