

<小学校就学相談用>

## 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: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・療育機関等の利用

<u>保育園・幼稚園</u>	
・ 年 月～	園名【 】
・ 年 月～	園名【 】
<u>療育機関等</u>	
・ 年 月～ 年 月	機関名【わかばの家・その他( )】
・ 年 月～ 年 月	機関名【わかばの家・その他( )】
<u>相談歴(発達に関して)</u>	
・ 年 月～	相談機関【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( )
・5歳児健診	相談内容( )

### 3 心理・発達検査歴

・ 年 月	実施機関【 】
<input checked="" type="checkbox"/> 実施検査	<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( )
・ 年 月	実施機関【 】
<input checked="" type="checkbox"/> 実施検査	<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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 ボタン <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 靴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助
2 食事	スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 練習中 <input type="checkbox"/> 介助 箸 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 練習中 <input type="checkbox"/> 介助 偏食 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 食物アレルギー <input type="checkbox"/> あり(具体的に: _____) <input type="checkbox"/> なし
3 排泄	小便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 大便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 おむつの使用 <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。
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
⇒『はい』の場合、具体的にはどのようなことですか。 <input 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( _____ )	
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 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 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。	<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"/> よく理解する <input 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( _____ )	
2 自分の伝えたいことを言葉で表現することができる。	<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印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 文章で話す <input 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、当てはまるところに印をつけてください。 <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( _____ )	

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 会話などのコミュニケーションに積極的に応じる。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<b>IV 学習面</b>	
1 文字への関心がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 ひらがなが読める。	<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印をつけてください。 <input type="checkbox"/> だいたい読める <input type="checkbox"/> 読めるひらがながある <input 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 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"/> 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 type="checkbox"/> いいえ
5 数への関心がある。	<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"/> 100 程度まで声に出して数える <input type="checkbox"/> 10 程度まで声に出して数える <input type="checkbox"/> 「1, 2, 3」が言える <input type="checkbox"/> “○個取って”という指示が分かる <input 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( )	
<b>V 在籍園等での様子</b>	
1 先生からの全体指示を理解し、行動できる。	<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"/> 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 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 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 type="checkbox"/> いいえ
⇒ 『いいえ』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"/> 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 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 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 type="checkbox"/> いいえ
7 同年齢の子どもと関わることができる。	<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"/> 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 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 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
好きな遊び	家庭: 在籍園:

項目は以上です。ご回答ありがとうございました。