

<小学校就学相談用>

お子様についての調査票

記入日:令和 8 年 4 月 30 日

記入者: 池上 梅子

お子様の名前: 池上 太郎

お子様の生年月日:令和 2 年 9 月 18 日  
(現在 5 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)
本人を除いたご家族をご記入ください							

2 通園・療育機関等の利用

保育園・幼稚園

・ R 6 年 4 月～ 園名 【 ○○ 保育園 】

・ 年 月～ 園名 【 】

療育機関等

・ R5年 5月～ R6年 3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( )】

相談歴(発達に関して)

・ R7年 4月～ 相談機関【教育センター・その他( )】

民間の療育機関を利用されている場合は、「その他」に機関名をご記入ください。

\*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

・ R5 年 12 月 実施機関【 ◇◇◇◇にて 】

実施検査 新版 K 式発達検査 田中ビネー知能検査 WISC/WIPPSI 知能検査

その他( )

・ 年 月 実施機関【 】

実施検査 新版 K 式発達検査 田中ビネー知能検査 WISC/WIPPSI 知能検査

その他( これまでに検査を複数回受けられている方は、直近の2回分をご記入ください。 )

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介助 靴 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助
2 食事	スプーン・フォーク <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 練習中 <input type="checkbox"/> 介助 箸 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 練習中 <input type="checkbox"/> 介助 偏食 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし
3 排泄	小便 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 大便 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 おむつの使用 <input type="checkbox"/> 日中 <input checked="" 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。	大人の手助けなく、お子様が自分でできる項目については「自立」にチェックをつけてください。
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 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 type="checkbox"/> はい <input checked="" 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
⇒『はい』の場合、具体的にはどのようなことですか。 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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(      力行、ガ行の発音が不明瞭になりやすい      )		
4	会話などのコミュニケーションに積極的に応じる。	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	ひらがなが読める。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	数への関心がある。	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 10 程度まで声に出して数える <input checked="" type="checkbox"/> 「1, 2, 3」が言える <input type="checkbox"/> “〇個取って”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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
7	同年齢の子どもと関わることができる。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
10	友達とトラブルになることがある。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
好きな遊び	家庭: ゲーム  映画を見る 在籍園: ブロック  お絵描き	

項目は以上です。ご回答ありがとうございました。