

## 相談受付アンケート（中学生用）

記入日：令和 年 月 日

記入者：父・母・祖父母・その他（ ）

フリガナ					男 ・ 女 ・ （ ）
お子さんのお名前	生年月日				
	平成	年	月	日	（ 歳 か月）
	令和				
ご住所	〒 ー 北区				
電話番号(連絡がとれる時間 : ~ : )			左記以外の連絡先		
(父・母・自宅・その他)			(父・母・自宅・その他)		

### 1. 所属先やかかりつけ医について

幼稚園・保育園	公立・私立 保育園（ 年間）	公立・私立 幼稚園（ 年間）
小学校	公立・私立 小学校（ 年生）	<input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 巡回指導 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> きこえの教室
中学校	公立・私立 小学校（ 年生）	<input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 巡回指導 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> きこえの教室
かかりつけ医	病院名、診療科、主治医（分かれば）	診療内容、通院頻度
	病院名、診療科、主治医（分かれば）	診療内容、通院頻度
	病院名、診療科、主治医（分かれば）	診療内容、通院頻度

### 2. 健診について

- ・1歳6か月健診（受けた・受けなかった）心理相談の利用（受けた・受けなかった）  
医師や心理士の指摘や助言：(例)指さしをしない、発語がない など

- ・3歳児健診（受けた・受けなかった）心理相談の利用（受けた・受けなかった）  
医師の心理士指摘や助言：(例)言葉が少ない、落ち着きがない など

- ・就学時健診（受けた・受けなかった）就学相談の利用（受けた・受けなかった）

指摘や助言：

3. 今、どのような心配がございますか？次の項目の中であてはまるものを選んでください。

<input type="checkbox"/> 落ち着きがない 多い	<input type="checkbox"/> 集中力がない	<input type="checkbox"/> 物を無くしたり、忘れたりすることが多い
<input type="checkbox"/> ぼんやりしていることが多い	<input type="checkbox"/> 指示や物事の理解が苦手	<input type="checkbox"/> コミュニケーションがとれない
<input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い	<input type="checkbox"/> 集団に入りにくい	<input type="checkbox"/> 癖やこだわりがある
<input type="checkbox"/> 学習のつまずき（具体的に： _____ )		
<input type="checkbox"/> 学校に行きたがらない	<input type="checkbox"/> いじめ	<input type="checkbox"/> 教員との関係
<input type="checkbox"/> 進路について	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

- ・その様子が始まった時期(気になった時期)、内容をご記入ください。

- ・上記について、これまでにどこかに相談したことはありますか？  
（医療機関・教員・スクールカウンセラー・教育相談総合センター など）

時期	相談先	そこで何と言われましたか？（助言、診断、治療など）

- ・これまでに知能検査（心理テスト）などを受けたことがあれば、ご記入ください。

時期	場所	検査名（分からなければ内容）

※検査結果のコピーがあれば、初回相談の際にお持ちください。

・当センターでの相談を希望した理由や、要望などについてご記入ください。

--

・これまでに発達支援(療育や巡回指導等)をご利用されたことがあれば、ご記入下さい。

開始時期～終了時期	場所(機関名)	内容・目的など

#### 4. お子さんの生活について

##### ① 睡眠

- ・起床時間(\_\_\_\_:\_\_\_\_)頃      ・就寝時間(\_\_\_\_:\_\_\_\_)頃
- ・睡眠について、気になる事があればご記入ください。

---

##### ② 食事

・普段の食事の時間をご記入ください。

朝(\_\_\_\_:\_\_\_\_)頃 誰と(\_\_\_\_)      夜(\_\_\_\_:\_\_\_\_)頃 誰と(\_\_\_\_)

・食事について、気になる様子はありますか？

偏食(内容: \_\_\_\_\_)

食欲のムラ(過食・拒食)    テレビや動画を見ながら食べる

その他(\_\_\_\_)

③ 感覚(音、光、触覚、味覚、嗅覚、温度、痛覚)について気になることがあればご記入ください。

---

##### ④ 休日の主な過ごし方

---

⑤ これまでにかかった体の病気や、今かかっている病気について教えてください。

例：てんかん、中耳炎、喘息、アレルギー、糖尿病 など

--

⑥ 障害者手帳はお持ちですか？

はい(種類: \_\_\_\_\_ 等級: \_\_\_\_\_)  いいえ

以下、母子手帳を複写致します。当日必ずお持ちください。

- 6. 妊娠中について
- 7. 出生時について
- 8. 発達の様子について

9. ご家族についてご記入ください。

続柄	フリガナ 氏名	生年月日	ご職業または所属
父	(同居・単身赴任・別居 離婚・死別・その他)	S H 年 月 日	勤務形態： 休日：
	健康状態	良好・不良	既往歴：
母	(同居・単身赴任・別居 離婚・死別・その他)	S H 年 月 日	勤務形態： 休日：
	健康状態	良好・不良	既往歴：
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
父方 祖父母	氏名  (同居・別居)	健康状態・要介護度	住まい(都道府県・区・市)
母方 祖父母	氏名  (同居・別居)	健康状態・要介護度	住まい(都道府県・区・市)

その他、何か気になることがございましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

備考欄(職員記入)

初回面接日時 (R 年 月 日) 対応職員 ( )