

西暦 20 年 月 日

記載者：母・父・他（ ）

お子さんの名前： \_\_\_\_\_

お子さんの好きな遊びと、遊ぶ相手、好きなおもちゃ・キャラクターを教えてください

屋内： \_\_\_\_\_ 遊び相手： \_\_\_\_\_

屋外： \_\_\_\_\_ 遊び相手： \_\_\_\_\_

好きなおもちゃ・キャラクター： \_\_\_\_\_

これまでの所属について教えてください

親子通園施設など： \_\_\_\_\_

幼稚園・保育園： \_\_\_\_\_

小学校： \_\_\_\_\_ 中学校： \_\_\_\_\_

お子さんの 1 日の生活の流れを教えてください

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

お子さんの身辺について教えてください

食べ物：	全介助	手づかみ	フォーク	スプーン	お箸
飲み物：	哺乳瓶	マグマグ	ストロー	コップ	
着替え：	全介助	一部介助	自立		
おしっこ：	オムツ	夜のみオムツ	自立	予告（あり・なし）	
うんち：	オムツ	夜のみオムツ	自立	予告（あり・なし）	

お子さんは自分の要求をどのように伝えますか

- ア) 泣く・バタバタするだけで、何をしてほしいかよく分からないことが多い
- イ) 大人の手を引っ張って目的の物を取らせようとする
- ウ) 目的の物を指でさして教える
- エ) 目的の物を言葉で教える

けいれんを起こしたことがありますか？ はい（ 歳頃） いいえ

利き手は決まっていますか？ はい（右手・左手・両手） いいえ

裏もあります

お子さんについて心配していること、相談したいことを教えて下さい

---



---



---



---



---



---

乳児健診、1歳半健診、2歳健診、3歳健診などで指摘を受けたことがあれば教えて下さい

---



---

お子さんのことを相談している人や施設がありましたら教えて下さい

医師（施設名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_）  
 保健師      心理士      保育士      学校の先生      児童相談所  
 仙台市発達相談支援センター〔アーチル〕      その他（ \_\_\_\_\_ ）

過去又は現在において、当てはまるものがありましたら○をつけてください

過去にあった	現在ある	
		視線が合いづらい
		他の子どもにあまり興味を示さない
		友達とごっこ遊びをしない
		呼びかけてもこちらを振り向かない
		興味のあるものを指さしで伝えない
		言葉が遅れている
		自分の言いたいことだけを言い、問いかけには応じにくい
		オウム返し（話しかけられた言葉をそのまましゃべる事）が目立つ
		テレビやビデオで聞いた台詞などを繰り返し言う
		状況が急に変わると混乱する
		苦手な音や映像や臭いがある
		食べられるものが少ない（偏食がある）