

これは学齢期期（満7歳～満18歳）用です。

令和 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---|------------------|--|---------|
| フリガナ | | | 生年月日 | T・S | 年 月 日 |
| お名前 | | | | H・R | (歳 ヶ月) |
| 住所 | 〒 | | | | |
| ご連絡先 | 固定： | — | — | | |
| | 携帯： | — | — | | |
| ご家族構成 | 続柄 | 氏名（フリガナ） | 生年月日 | 勤務先、所属（幼稚園、保育園、小学校） 学年、所属学級もご記入ください | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| これまで かかった 精神科 心療内科 | 病院名 | | 期間 | | |
| | ① | | | | |
| | ② | | | | |
| | ③ | | | | |
| | ④ | | | | |
| | ⑤ | | | | |
| 紹介された 場所・人 | | | | | |
| ご心配なこと 相談したいこと | | | | | |
| 出生状況 | 産まれるまで 週 日 | 出生時の体重 | g | | |
| | 分娩 正常・帝王切開 () | | | | |
| | 周産期特記事項 | 無・有 () | | | |
| | 新生児聴覚検査 (スクリーニング) | 実施→異常（無・有）・未実施 異常有の方：精密検査の結果を教えてください。 () | | | |
| 乳児期 | 首が座った ヶ月 | 支え無しで1人で座れた ヶ月 | | | |
| | ハイハイをした ヶ月 | 歩き始めた ヶ月 | | | |
| | 意味のある言葉（ワンワンなど）を話した ヶ月 | | | | |
| | 指さし（犬を指さして「ワンワン」など） ヶ月 | | | | |
| | 二語文：□あった □なかった | | 目線が □合った □合わなかった | | |
| | 市町村の健診等で指摘：□無 □有 () | | | | |
| | 乳児期の成長において気になったことが：□無 □有 () | | | | |

| | | |
|-----|--|------|
| 幼児期 | 保育園・幼稚園などに通われましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→園のお名前と通われていた期間をご記入ください。 | |
| | 年齢 | 園の名前 |
| | 期間 | |
| | | |
| | | |
| | 発達の相談や、療育機関には通われていましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→機関のお名前と通われていた期間をご記入ください。 | |
| | 機関の名前 | 期間 |
| | | |
| | | |
| | 幼稚園や保育園、集団での様子を教えてください。 | |
| | 1. 遊びに関して教えてください。 <input type="checkbox"/> 1人で遊んでいた <input type="checkbox"/> 友達と遊んでいた <input type="checkbox"/> 大人と遊んでいた <input type="checkbox"/> 外で遊んでいた <input type="checkbox"/> 内で遊んでいた | |
| | 2. 行事など、初めての場面や、慣れない場所での様子を教えてください。 <input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 参加していたが普段と様子が違った <input type="checkbox"/> 参加できなかった | |
| | 3. 行動などについて教えてください。 人見知り： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> あるが気になるほどではなかった <input type="checkbox"/> 全くなかった <input type="checkbox"/> 集団の中に入っていけなかった 場所見知り： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> あるが気になるほどではなかった <input type="checkbox"/> 全くなかった 癩癩： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> あるが気になるほどではなかった <input type="checkbox"/> 全くなかった 気持ちの切り替え： <input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できるが時間がかかった <input type="checkbox"/> できなかった 共感性： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> あったがあまり得意ではない <input type="checkbox"/> なかった 落ち着き： <input type="checkbox"/> 落ち着いて過ごせていた <input type="checkbox"/> 落ち着きがなかった 一斉指示： <input type="checkbox"/> 理解できた <input type="checkbox"/> 理解できたが得意ではない <input type="checkbox"/> 理解できなかった 順番： <input type="checkbox"/> 守れた <input type="checkbox"/> 指摘で守れた <input type="checkbox"/> 守れなかった こだわり： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> あったが気になるほどではない <input type="checkbox"/> 特になかった 自分だけのルール： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった スケジュールの変更： <input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できるが時間がかかった <input type="checkbox"/> できなかった 興味関心の偏り： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> あるが気になるほどではなかった <input type="checkbox"/> なかった 自傷行為： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった 行き渋り： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> その他にも気になることがあった | |
| | 4. 運動や感覚について教えてください。 <input type="checkbox"/> 極端に不器用である <input type="checkbox"/> 運動があまり上手ではない <input type="checkbox"/> 感覚が過敏である 例：周囲の音に敏感、服のタグを気にする 保育園や幼稚園などで何か指摘されたことが： <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある | |

| | | |
|---|---|----|
| 学齢期 (小学校) | 通われていた小学校を教えてください。 | |
| | 小学校の名前 | 期間 |
| | | |
| | | |
| | 特別支援学級や通級を利用していましたか？ | |
| | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→下記の欄に使われていたものをご記入ください。 | |
| | | |
| 学齢期 (中学校) | 通われていた中学校を教えてください。 | |
| | 中学校の名前 | 期間 |
| | | |
| | | |
| | 特別支援学級などを利用していましたか？ | |
| | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→(使われていたもの：) | |
| | 部活動に参加していれば、何部か教えてください。： | |
| 学齢期 (高校) | 通われていた中学校を教えてください。 | |
| | 中学校の名前 | 期間 |
| | | |
| | | |
| | 特別支援学級などを利用していましたか？ | |
| | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→(使われていたもの：) | |
| | 部活動に参加していれば、何部か教えてください。： | |
| 学齢期 (高校) | 高校に通われていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→学校名を教えてください。 | |
| | 高校の名前 | 期間 |
| | | |
| | | |
| | 部活動に参加していれば、何部か教えてください。： | |
| | 不登校や、行き渋り、別室・放課後登校はありましたか？ | |
| | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（期間を教えてください：) | |
| 学校などから何か指摘されたことが： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある | | |
| 学齢期 (全般) | 小学校から高校までの学校生活について教えてください。 | |
| | <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 整理整頓ができない <input type="checkbox"/> 授業中に勝手に席を立ってしまう <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 場に合わない言動がある <input type="checkbox"/> ほぼ毎日出席している <input type="checkbox"/> 遅刻・早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む | |

| | |
|--------------|---|
| <p>普段の様子</p> | <p>普段の様子について教えてください。</p> |
| | <p>1. 普段の生活について教えてください。</p> <p>睡眠： ～ 時（ 時間） <input type="checkbox"/>日によってばらつきが大きい <input type="checkbox"/>一度眠ればぐっすり眠れる <input type="checkbox"/>途中で目が覚めている <input type="checkbox"/>目覚めが悪い</p> <p>食事：食欲について <input type="checkbox"/>過食 <input type="checkbox"/>三食しっかりと食べられている <input type="checkbox"/>食欲がない <input type="checkbox"/>拒食 <input type="checkbox"/>日によってばらつきがある <input type="checkbox"/>その他 好みについて <input type="checkbox"/>食事にかたよりのある。 <input type="checkbox"/>新しい食材も食べられる</p> <p>排泄：<input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>ゆるい <input type="checkbox"/>腹痛がある</p> <p>身支度：<input type="checkbox"/>自分でできている <input type="checkbox"/>手伝いが必要</p> <p>歯磨き：<input type="checkbox"/>できている <input type="checkbox"/>嫌がる</p> <p>入浴：<input type="checkbox"/>入れている <input type="checkbox"/>嫌がる</p> <p>片付け：<input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>手伝えばできる <input type="checkbox"/>できない</p> <p>興味関心の偏り：<input type="checkbox"/>あった <input type="checkbox"/>あるが気になるほどではなかった <input type="checkbox"/>なかった</p> <p>癩癩：<input type="checkbox"/>あった <input type="checkbox"/>あるが気になるほどではなかった <input type="checkbox"/>全くなかった</p> <p>こだわり：<input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>あるが気になるほどではない <input type="checkbox"/>特になし</p> <p>スケジュールの変更：<input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>できるが時間がかかる <input type="checkbox"/>できない</p> <p>気持ちの切り替え：<input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>できるが時間がかかる <input type="checkbox"/>できない</p> <p>人見知り：<input type="checkbox"/>あった <input type="checkbox"/>あるが気になるほどではなかった <input type="checkbox"/>全くなかった</p> <p>場所見知り：<input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>あるが気になるほどではない <input type="checkbox"/>全くない</p> <p>他者からの干渉：<input type="checkbox"/>嫌う <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>まったく気にしていない</p> <p><input type="checkbox"/>気が散りやすい <input type="checkbox"/>場に合わない行動がある。</p> <p><input type="checkbox"/>人の目を気にする <input type="checkbox"/>コミュニケーションが難しい</p> |
| | <p>趣味や特技、好きなことを教えてください。</p> |
| | <p>習い事などをしていれば教えてください。</p> <p>4. 運動、感覚に関して教えてください。</p> <p>運動：<input type="checkbox"/>得意 <input type="checkbox"/>苦手</p> <p>道具を使った運動（バドミントン、野球など）：<input type="checkbox"/>得意 <input type="checkbox"/>苦手</p> <p>細かい作業：<input type="checkbox"/>得意 <input type="checkbox"/>苦手</p> <p>感覚：<input type="checkbox"/>特に問題ない <input type="checkbox"/>敏感（周囲の音に敏感、服のタグを気にするなど）</p> |

| | | | |
|-----|---|-----|----|
| その他 | 1. ご家族様で精神科に通院歴がある方がいれば教えてください。 | | |
| | 続柄 | 病院名 | 期間 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | 2. これまでにかかった大きな病気、手術の経験を教えてください。 | | |
| | 病名 | | 期間 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | 手術の目的 | | 時期 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | 3. アレルギーがあれば教えてください。 | | |
| | 4. けいれん、てんかん発作の経験はありますか？ <input type="checkbox"/> はい→（いつ頃ですか？ _____） （飲まれているお薬があれば教えてください： _____） <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| | 5. 以下のもので利用されているものがあればチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 障害者手帳（精神・療育・身体）： _____ 級 →交付年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 障害年金： _____ 級 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証 | | |