

これは幼児期（小学校入学前まで）用です。

年 月 日（ ）

フリガナ		生年月日	H・R	年	月	日
お名前			(歳 ヶ月)			

今お困りのことにチェックをしてください。

家庭の悩み 集団行動についていけない 人間関係 コミュニケーションについて

自分の思いを言葉で伝えられない 睡眠 怖い夢を見るという

食欲 緊張 集中できない 意欲がわからない イライラする

高いところや、危ないことをしたがる

課題の取り組みに波がある 落ち着きがない 癩癩が強い 気持ちの切り替えが苦手

死にたい・消えてしまいたい 就学に向けての悩み 発達について

その他（ ）

これまで かかった 精神科 心療内科	病院名	期間
①		
②		
③		

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
	二語文	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	指さし	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった		
	目線	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> 他者からの促しで注意を向けられる			
	市町村の健診等での指摘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）					
	乳児期の成長において気になること <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）					

幼稚園等に通われていれば教えてください。

園のお名前	年齢	期間

何か利用・相談されているサービス等ありましたら教えてください。

サービス・施設名	年齢	利用頻度

障がい者手帳をお持ちでしたら、その等級、交付年月日を教えてください。

障がい者手帳（精神・療育・身体）： 級 交付年月日： 年 月 日

普段の様子などを教えてください。

あてはまれば○。あてはまらなければ×。どちらとも言えないなら△をつけてください。

人見知りがある		走り方などに違和感がある	
場所見知りがある		道具を使った運動ができる	
癩癩がある		手先が器用である	
気持ちの切り替えができる		感覚的に過敏なところがある	
共感性がある		集団行動がとれる	
言葉を字義通りに受けしてしまう		課題への取り組みに波がある	
落ち着きがある		席を立てってしまう事がある	
一斉指示を理解できる		場に合わない言動が見られる	
順番を守れる		通っている場所から指摘がある	
こだわりがある			
自分だけのルールがある			
急な予定の変更ができる			
興味関心の偏りがある			
他者からの干渉を嫌う			
自傷行為がある			

遊びについて伺います。あてはまるものにチェックをつけてください。

大人と遊んでいる 友達と遊んでいる 1人で遊んでいる

外で遊ぶ方が好き 内で遊ぶ方が好き

園でどのような遊びをしていますか？

行事などに参加しているときの様子を教えてください。

現在の生活についてお伺いします。

睡眠： ～ 時（ 時間） 日によってばらつきが大きい

一度眠ればぐっすり眠れる 途中で目が覚めている

目覚めが悪い 怖い夢を見たと言う

食事：食欲について

過食 三食しっかりと食べられている 食欲がない 拒食

日によってばらつきがある その他

好みについて

食事にかたよりのある。 新しい食材も食べられる

排泄：便秘 正常 ゆるい 腹痛がある

身支度：自分でできている 手伝いが必要 洋服にこだわりがある

歯磨き：できている 嫌がる

入浴：入れている 嫌がる

片付け：できる 手伝えばできる できない

趣味や特技、好きなこと、家で暇な時によくやる遊びなどを教えてください。

習い事などをしていれば教えてください。

本人様の性格について教えてください。

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

これまでに大きな病気、手術などの経験があれば教えてください。

病名	期間	治療方法（手術等）

アレルギーがあれば教えてください。

けいれん、てんかん発作の経験があれば教えてください。

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。）

いいえ

身近に相談できる人がいますか？（家族、友人、学校、職場、利用中のサービス等）

はい いいえ