

これは学齢期（小学1年生～高校3年生）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)			
学校名		学年		性別		
<p>今お困りのことにチェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>学校の悩み(授業に集中できない・衝動的に動く・登校渋り、不登校・教室に入れない)</p> <p><input type="checkbox"/>家庭の悩み <input type="checkbox"/>人間関係 <input type="checkbox"/>コミュニケーションについて</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠 <input type="checkbox"/>食欲 <input type="checkbox"/>緊張 <input type="checkbox"/>物忘れ <input type="checkbox"/>集中できない <input type="checkbox"/>意欲がわからない <input type="checkbox"/>イライラする</p> <p><input type="checkbox"/>鍵を閉めたか、電気を消したかなどが気になって仕方がない</p> <p><input type="checkbox"/>気分の落ち込み <input type="checkbox"/>気分の高ぶり <input type="checkbox"/>死にたい・消えてしまいたい</p> <p><input type="checkbox"/>進路についての悩み <input type="checkbox"/>発達について <input type="checkbox"/>気持ちの切り替えが苦手 <input type="checkbox"/>人の目が気になる</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p>						
これまで	病院名	期間				
かかった	①					
精神科	②					
心療内科	③					
<p>以下で利用している制度があれば教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/>障がい者手帳（精神・療育・身体）： 級 交付年月日： 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/>自立支援医療受給者証</p>						
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、保育園、学校、その他サービス等について教えてください。

	園・学校名	利用した相談機関 利用したサービス	不登校等ありましたら ご記入ください
幼児期			
小学校			
中学校	(部活動等： )		
高校	(部活動等： )		

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。

		幼児期	小学校	中学校	高校
対人 行動	人見知りがある				
	場所見知りがある				
	癩癩がある				
	気持ちの切り替えができる				
	共感性がある				
	言葉を字義通りに受けてしまう				
	落ち着きがある				
	一斉指示を理解できる				
	順番を守れる				
	こだわりがある				
	自分だけのルールがある				
	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					
運動 感覚	走り方などに違和感がある				
	道具を使った運動ができる				
	手先が器用である				
	感覚的に過敏なところがある				

		幼児期	小学校	中学校	高校
学習面	字を書くことが苦手である				
	文章を読むのが苦手である				
	文章を書くのが苦手である				
	計算が苦手である				
	図工(美術・技術)が苦手である				
	できる・できないの差が激しい				
学校生活	忘れ物が多い				
	整理整頓ができない				
	席を立ってしまう事がある				
	場に合わない言動が見られる				
	学校生活を楽しめた				
その他	通っている場所から指摘がある				

幼少期の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

どのような遊びをしていましたか？

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

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

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