

記入日 年 月 日 (記入者: 続柄:)

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 (歳) 男 ・ 女
住所	電話番号

学校名: 中学校・高校	登校状況: 該当するものに☑をしてください。
学年: 年 組	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 遅刻、早退が多い <input type="checkbox"/> 時々休む
学級: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 通信 <input type="checkbox"/> 支援級	<input type="checkbox"/> 保健室や適応教室への登校
身長/体重: cm / kg	<input type="checkbox"/> 不登校(年頃から)

*今回の受診は誰かに勧められましたか? 該当するものに☑をしてください。

医療機関 相談機関 学校 行政等 親 よくわからない

*本日、相談したい症状やお困りごとは何ですか? 該当するものに☑をしてください。

- 学校に行けない 落ち着きがない 人間関係 勉強についていけない 意欲が湧かない
不安 感情が不安定 イライラ 興奮しやすい 生きているのが嫌になる 話し声が聞こえる
実際に見えないものが見える 自分の噂をされている 生活リズムの乱れ 朝起きられない
眠れない 腹痛・頭痛 自傷行為(リストカット・抜毛等) チック 吃音(どもり)
感覚過敏(聴覚・視覚・嗅覚・味覚・触覚) まわりから嫌なことをされている感じがしてつらい
その他(具体的に)

*現在飲んでいる薬はありますか? なし・ある

薬の名前・頭痛薬などわかる範囲でご記入ください

*先生に伝えたいことをご自由にお書きください

記入日 年 月 日 (記入者: 続柄:)

*現在、下記の症状はありますか? (はい・いいえ)

強迫症状(手洗い・確認行動等) チック 睡眠障害 感覚過敏 腹痛・頭痛 被害妄想

*それが始まったのはいつ頃ですか? (年 月頃 または 歳頃)

*上記のことでクリニックや病院を受診したことはありますか? (はい・いいえ)

医療機関名	受診日(年齢)	治療内容	相談内容
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	

*発達支援センター等相談機関に相談したことはありますか? (はい・いいえ)

相談機関名	受診日(年齢)	治療内容	相談内容
	年 月()	定期・不定期・1回だけ	
	年 月()	定期・不定期・1回だけ	

*これまでに以下の症状や大きなケガ、手術などの経験はありますか?

糖尿病 高血圧 心臓病 肝炎 喘息 結核 熱性けいれん 骨折 交通事故 その他

時期	病名	医療機関	治療内容
歳～ 歳			通院・入院 薬・手術・その他()
歳～ 歳			通院・入院 薬・手術・その他()
歳～ 歳			通院・入院 薬・手術・その他()

*家族構成をご記入ください

名前	続柄	年齢	職業	同居の有無	精神科・心療内科受診歴 有無
例) ○○ ○○	父	50	会社員 事務職	有 / 無	無 / 有 (病名:)
				有 / 無	無 / 有 (病名:)
				有 / 無	無 / 有 (病名:)
				有 / 無	無 / 有 (病名:)
				有 / 無	無 / 有 (病名:)
				有 / 無	無 / 有 (病名:)
				有 / 無	無 / 有 (病名:)

*薬や食べ物などにアレルギーはありますか?

ない ある ()

適切な評価や支援のため、現在のお困りごとに加え、生育歴や家庭環境等も正確に把握する必要があります。記載事項が多くなりますが、ご協力お願いいたします。

また、本人、家族の前で言いづらいこと等がありましたら事前にスタッフへその旨をお伝えください。

記入日 年 月 日 (記入者: 続柄:)

出生時・乳児期	<p>1) 妊娠中に気になることはありましたか? (いいえ・はい)→具体的に ()</p> <p>2) 出生(体重 g/ 週 日/ <input type="checkbox"/>自然分娩 <input type="checkbox"/>吸引分娩 <input type="checkbox"/>帝王切開 <input type="checkbox"/>仮死状態)</p> <p>3) 出産時、出産前後で気になることはありましたか? (いいえ・はい)→具体的に ()</p> <p>4) 1歳6カ月健診で指摘はありましたか? (いいえ・はい)→内容 ()</p> <p>5) 3歳児健診で指摘はありましたか? (いいえ・はい)→内容 ()</p> <p>6) 発達について(首がすわる__カ月/ひとり歩き__カ月)/初めての言葉__カ月</p> <p>7) 1歳から3歳くらいまでの様子で当てはまるものはありますか? <input type="checkbox"/>大人しく手がかからない <input type="checkbox"/>癇癢を起こしやすい <input type="checkbox"/>視線が合いにくい <input type="checkbox"/>大きな声や音を怖がる <input type="checkbox"/>外出先でよく迷子になる <input type="checkbox"/>抱っこや手つなぎを嫌がる <input type="checkbox"/>じっとしてられない <input type="checkbox"/>その他</p>
幼児期	<p>1) 保育園や幼稚園に通いましたか? (いいえ・はい→園名 ()歳から)</p> <p>2) 療育機関に通ったことがありますか? (いいえ・はい→機関名)</p> <p>3) 園や集団の中で、どのような様子でしたか? <input type="checkbox"/>母(保護者)と離れにくい <input type="checkbox"/>新しい環境に慣れづらい <input type="checkbox"/>人見知り <input type="checkbox"/>活動を飛び出す <input type="checkbox"/>友達と積極的に遊ぶ <input type="checkbox"/>友達に誘われれば遊ぶ <input type="checkbox"/>一人でいることが多い <input type="checkbox"/>その他 具体的に</p> <p>4) 運動会や発表会などの行事の際の様子はどうでしたか? <input type="checkbox"/>問題なかった <input type="checkbox"/>参加できなかった <input type="checkbox"/>練習と本番で様子が違った</p> <p>5) どのような遊びが好きでしたか?→</p> <p>6) 3歳から6歳くらいまでの様子で当てはまるものはありますか? <input type="checkbox"/>外出先でよく迷子になる <input type="checkbox"/>物や場所、衣類、順番にこだわりがある <input type="checkbox"/>落ち着きがない <input type="checkbox"/>好き嫌いが激しい <input type="checkbox"/>パニックや癇癢がひどい <input type="checkbox"/>音や匂いに敏感 <input type="checkbox"/>手先が不器用 <input type="checkbox"/>興味のあることへの知識量が多い <input type="checkbox"/>指示に従いにくい <input type="checkbox"/>人見知りや場所見知りがある <input type="checkbox"/>言葉が遅い、なかなか増えない <input type="checkbox"/>じっとしてられない <input type="checkbox"/>動作(つま先歩き・コマのように回る・身体を揺らす・手をかざす) <input type="checkbox"/>その他 具体的に ()</p>

小学校	<p>1)小学校について 学校名: _____ / 転校経験 なし・あり <input type="checkbox"/>公立小学校 (通常・通級・ことばの教室・支援学級) <input type="checkbox"/>私立小学校 <input type="checkbox"/>特別支援学校</p> <hr/> <p>2)出席状況はどうでしたか？ <input type="checkbox"/>毎日 <input type="checkbox"/>遅刻、早退が多い <input type="checkbox"/>時々休む <input type="checkbox"/>保健室や適応教室への登校 <input type="checkbox"/>不登校(_____ 年頃から)</p> <hr/> <p>3)学校生活での様子で当てはまるものはありますか？ <input type="checkbox"/>忘れ物が多い <input type="checkbox"/>片付けや整理整頓ができない <input type="checkbox"/>授業中に無断で席を離れる <input type="checkbox"/>不器用 <input type="checkbox"/>落ち着きがない <input type="checkbox"/>ボーっとしていることがある <input type="checkbox"/>空気の読めないふるまいや発言がある <input type="checkbox"/>友達とのトラブルが多い <input type="checkbox"/>いじめられたことがある <input type="checkbox"/>球技やマット運動などの運動が苦手 <input type="checkbox"/>一人でいることが多い <input type="checkbox"/>新学期や新学年など新しい環境に慣れるのに時間がかかる <input type="checkbox"/>その他(具体的に _____)</p> <hr/> <p>4)成績はどうでしたか？ <input type="checkbox"/>上位 <input type="checkbox"/>中位 <input type="checkbox"/>下位</p> <hr/> <p>5)学習の中で極端に苦手なものはありましたか？ (いいえ・はい) <input type="checkbox"/>計算 <input type="checkbox"/>音読 <input type="checkbox"/>習字 <input type="checkbox"/>作文 <input type="checkbox"/>漢字 <input type="checkbox"/>文章問題の理解 <input type="checkbox"/>その他(具体的に _____)</p> <hr/> <p>6)学校の先生からは、どのような子とされていましたか？</p>
中学校	<p>1)中学校について 学校名: _____ / 転校経験 なし・あり <input type="checkbox"/>公立中学校 (通常・通級・支援学級) <input type="checkbox"/>私立中学校 <input type="checkbox"/>特別支援学校</p> <hr/> <p>2)出席状況はどうでしたか？ <input type="checkbox"/>毎日 <input type="checkbox"/>遅刻、早退が多い <input type="checkbox"/>時々休む <input type="checkbox"/>保健室や適応教室への登校 <input type="checkbox"/>不登校(_____ 年頃から)</p> <hr/> <p>3)学校生活での様子で当てはまるものはありますか？ <input type="checkbox"/>忘れ物が多い <input type="checkbox"/>物を失くす、物が見つからず探すことが多い <input type="checkbox"/>授業中に無断で席を離れる <input type="checkbox"/>運動が極端に苦手 <input type="checkbox"/>集中力がない <input type="checkbox"/>空気の読めないふるまいや発言がある <input type="checkbox"/>落ち着きがない <input type="checkbox"/>ボーっとしていることがある <input type="checkbox"/>友達とのトラブルが多い <input type="checkbox"/>いじめられたことがある <input type="checkbox"/>一人でいることが多い <input type="checkbox"/>その他(具体的に _____)</p> <hr/> <p>4)成績はどうでしたか？ <input type="checkbox"/>上位 <input type="checkbox"/>中位 <input type="checkbox"/>下位</p> <hr/> <p>5)得意な教科(_____) 苦手な教科(_____)</p> <hr/> <p>6)学校の先生からは、どのような子とされていましたか？</p>

1)高校について 学校名: _____ / 転校経験 なし・あり
公立高校 *住まいについて
私立高校 自宅から通学
通信制高校 寮から通学
特別支援学校 その他

2)出席状況はどうでしたか？
毎日 遅刻、早退が多い 時々休む 保健室や適応教室への登校
不登校(_____ 年頃から)

3)学校生活での様子で当てはまるものはありますか？
忘れ物が多い 物を失くす、物が見つからず探すことが多い 授業中に無断で席を離れる
運動が極端に苦手 集中力がない 空気の読めないふるまいや発言がある
落ち着きがない ボーっとしていることがある 友達や教師とのトラブルが多い
いじめられたことがある 一人でいることが多い 授業中居眠りが多い
その他(具体的に _____)

4)成績はどうでしたか？ 上位 中位 下位

5)得意な教科(_____)
 苦手な教科(_____)

6)生活面を教えてください
 ・部活動はしていましたか？ いいえ・はい(_____ 部)
 _____ 途中でやめた(辞めた理由: _____)
 ・アルバイトの経験はありますか？ いいえ・はい(_____ 年生の _____ 月・職種 _____)
 ・反抗期はありましたか？ いいえ・はい(_____ 歳～ _____ 歳まで)

7) 学校の先生からは、どのような子とされていましたか？

食事	<input type="checkbox"/> 三食きちんと食べている <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 過食嘔吐 <input type="checkbox"/> その他()
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れている <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 寝すぎる <input type="checkbox"/> 朝起きられない <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他()
気分	<input type="checkbox"/> いろいろ <input type="checkbox"/> 引きこもりがち <input type="checkbox"/> 落ち込んでいる <input type="checkbox"/> すぐ泣く <input type="checkbox"/> すぐ怒る <input type="checkbox"/> 気分に波がある <input type="checkbox"/> その他()
人間関係	<input type="checkbox"/> うまく協力できない <input type="checkbox"/> うまく話せない <input type="checkbox"/> 乱暴である <input type="checkbox"/> 一人でいることができない <input type="checkbox"/> 自分勝手 <input type="checkbox"/> ひとりであることを好む <input type="checkbox"/> 決まった友達がいない <input type="checkbox"/> その他()
休日の過ごし方	具体的に書いてください

*現在の状況をご両親(保護者)はどのように考えておられますか?またどのようなことを望んでいますか?