相談受付アンケート（中学生用）

記入日：令和　　年　　　月　　　日

記入者：父・母・祖父母・その他（　　　　　　　　）



1. 所属先やかかりつけ医について



2. 健診について

・1歳６か月健診　（ 受けた ・ 受けなかった ）心理相談の利用　（ 受けた ・ 受けなかった ）

　医師や心理士の指摘や助言：(例)指さしをしない、発語がない　など

・3歳児健診　（ 受けた ・ 受けなかった ）心理相談の利用　（ 受けた ・ 受けなかった ）

　医師の心理士指摘や助言：(例)言葉が少ない、落ち着きがない　など

・就学時健診　（ 受けた ・ 受けなかった ）就学相談の利用　（ 受けた ・ 受けなかった ）

　指摘や助言：

3. 今、どのような心配がございますか？次の項目の中であてはまるものを選んでください。

□落ち着きがない　　　　　　 □集中力がない　　　　 □物を無くしたり、忘れたりすることが多い

□ぼんやりしていることが多い　□指示や物事の理解が苦手 □コミュニケーションがとれない

□友達とのトラブルが多い　　　□集団に入りにくい　　 □癖やこだわりがある

□学習のつまずき（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□学校に行きたがらない　 　　 □ いじめ　　　　　　　　 □教員との関係

□進路について　　　　　　　 □その他（　　 　　　　　　　）

・その様子が始まった時期(気になった時期)、内容をご記入ください。

・上記について、これまでにどこかに相談したことはありますか？

（医療機関・教員・スクールカウンセラー・教育相談総合センター など）



・これまでに知能検査（心理テスト）などを受けたことがあれば、ご記入ください。



※検査結果のコピーがあれば、初回相談の際にお持ちください。

・当センターでの相談を希望した理由や、要望などについてご記入ください。

・これまでに発達支援(療育や巡回指導等）をご利用されたことがあれば、ご記入下さい。



４. お子さんの生活について

1. 睡眠

・起床時間（　　:　　）頃　　　　・就寝時間（　　:　　）頃

・睡眠について、気になる事があればご記入ください。

1. 食事

　・普段の食事の時間をご記入ください。

　　朝（　　：　　）頃　誰と（　　　　　　）　　　夜（　　：　　）頃　誰と（　　　　　　）

・食事について、気になる様子はありますか？

□偏食（内容：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□食欲のムラ(過食・拒食)　□テレビや動画を見ながら食べる

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 感覚(音、光、触覚、味覚、嗅覚、温度、痛覚)について気になることがあればご記入ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＿＿

1. 休日の主な過ごし方

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＿＿

1. これまでにかかった体の病気や、今かかっている病気について教えてください。

例：てんかん、中耳炎、喘息、アレルギー、糖尿病 など

1. 障害者手帳はお持ちですか？

□はい（種類：　　　　　　　　等級：　　　　　　　　　　　　）□いいえ

以下、母子手帳を複写致します。当日必ずお持ちください。

1. 妊娠中について
2. 出生時について
3. 発達の様子について
4. ご家族についてご記入ください。

 その他、何か気になることがございましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

|  |
| --- |
| 備考欄(職員記入) |

初回面接日時（R　　年　　月　　　日）対応職員（　　　　　）