相談受付アンケート（16歳～18歳未満用）

記入日：令和　　年　　　月　　　日

記入者：父・母・本人・その他（　　　　　　　　）



1. 所属先やかかりつけ医について



２. 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　 　　□進路について　　　　　　□就労について

□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。

・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。



・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。

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大きな病気ついて教えてください。
2. 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。

１２．　以下、本人による記入をお願いします。自宅記入が難しい場合、面談日に記入をお願いします。

　①現在の生活で大変・気になる・不安な事などを書いてください。

　・内容(人間関係、学業、ジェンダー、進路、身体、将来、仕事、病気など)を書いてください。

・いつから悩んでいますか。

　・今後、その悩みの内容がどうなったら良いと思いますか。

②これまで、学校やプライベートなことを悩んだら、誰かに相談してきましたか？

・してきた(誰：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

・してこなかった（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

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（　　　　　）