

# 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（ ）

フリガナ				男・女・（ ）
お子さんのお名前	生年月日			
	平成	年	月	日
	令和		（ 歳	か月）
ご住所	〒 —			
	北区			
電話番号(連絡がとれる時間 : ~ : )		左記以外の連絡先		
(父・母・自宅・その他)		(父・母・自宅・その他)		

## 1. 所属先やかかりつけ医について

幼稚園・保育園	公立・私立	保育園（ 年間）	公立・私立	幼稚園（ 年間）
小学校	公立・私立	小学校（ 年生）	<input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 巡回指導 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> きこえの教室	
中学校	公立・私立	中学校（ 年生）	<input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 巡回指導 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> きこえの教室	
高等学校	公立・私立	高等学校 （ 年生・中退）	<input type="checkbox"/> 普通科 <input type="checkbox"/> 科 コース <input type="checkbox"/> その他（ ）	
その他所属				
かかりつけ医	病院名、診療科、主治医（分かれば）		診療内容、通院頻度	
	病院名、診療科、主治医（分かれば）		診療内容、通院頻度	
	病院名、診療科、主治医（分かれば）		診療内容、通院頻度	

## 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。

<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 集中力がない	<input type="checkbox"/> 物を無くしたり、忘れたりすることが多い
<input type="checkbox"/> ぼんやりしていることが多い	<input type="checkbox"/> 指示や物事の理解が苦手	<input type="checkbox"/> コミュニケーションがとれない
<input type="checkbox"/> 友達とのトラブルが多い	<input type="checkbox"/> 集団に入りにくい	<input type="checkbox"/> 癖やこだわりがある
<input type="checkbox"/> 学習のつまずき（具体的に： )		
<input type="checkbox"/> 学校に行きたがらない	<input type="checkbox"/> 進路について	<input type="checkbox"/> 就労について
<input type="checkbox"/> 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)

時期	相談先	そこで何と言われましたか？(助言、診断、治療など)

・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。

時期	場所	検査名(分からなければ内容)

※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。

開始時期～終了時期	場所(機関名)	内容・目的など

・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。

---

##### ② 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（                      ）

##### ③ 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。

---

##### ④ 休日の主な過ごし方

---

##### ⑤ これまでにかった大きな病気について教えてください。

##### ⑥ 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。

6. 妊娠中について
7. 出生時について
8. 発達の様子について

9. ご家族についてご記入ください。

続柄	フリガナ 氏名	生年月日	ご職業または所属
父	(同居・単身赴任・別居 離婚・死別・その他)	S H 年 月 日	勤務形態： 休日：
	健康状態	良好・不良	既往歴：
母	(同居・単身赴任・別居 離婚・死別・その他)	S H 年 月 日	勤務形態： 休日：
	健康状態	良好・不良	既往歴：
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
	(同居・別居・死別・その他)	S H R 年 月 日	学校
父方 祖父母	氏名  (同居・別居)	健康状態・要介護度	住まい(都道府県・区・市)
母方 祖父母	氏名  (同居・別居)	健康状態・要介護度	住まい(都道府県・区・市)

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( )