



東京未来大学
こどもみらい園

相 談 票

(保護者無記入)ID: _____

当園では、入園アセスメントをスムーズに行うために、下記の質問にお答えいただいております。わかる範囲で結構ですので、ご回答をお願いいたします。なお、ご記入いただいた個人情報は、当園でのお子さま支援に関してのみ使用いたしますので秘密は厳守いたします。

また、質問時間が多くなっているため、無理なくご記入下さい。答えづらい質問やわからない質問がありましたら無記入で構いません、担当カウンセラーにお伝え下さい。

記入日:平成 年 月 日

保護者氏名: _____ ()歳 続柄: 父・母・その他()	
お 子 さ ま	ふりがな: _____
	氏名: _____ (男・女)
	生年月日: 平成 年 月 日 ()歳()か月
	学年: 保・幼・小・中・その他() 学校名: _____ 年 組
	ご住所: 〒 _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村
連絡先: ご自宅: _____ - _____ 携帯: _____ - _____ [父・母・その他()] ※こどもみらい園の名前を出してお電話してもよろしいですか (はい・いいえ)	

1. お子さまの現在の状況について

1_1. 今どのようなことでお困りでしょうか

①

②

③

1_2. それはいつ頃からはじまり、どのように経過しましたか

2. お子さまの健康状態について(当てはまる場合は☑、または記入して下さい)

2.1. 健診の時に何か指摘を受けましたか

1歳半児健診での指摘	指摘があった内容:
3歳児健診での指摘	指摘があった内容:

2.2. 以下のような病気ににかかったことはありますか

熱性けいれん: 歳時	インフルエンザ: 歳時	溶連菌感染症: 歳時	風疹: 歳時
はしか: 歳時	おたふく風邪: 歳時	自家中毒/周期性嘔吐症: 歳時	
水ぼうそう: 歳時	中耳炎: 歳時		
Q. 上記以外に今までにかかった主な病気やけがはありますか			
歳時/病名:			
歳時/病名:			
歳時/病名:			

2.3. アレルギー性疾患はありますか

気管支喘息: 歳から
アレルギー性鼻炎(花粉症を含む): 歳から
アトピー性皮膚炎: 歳から
食物や薬アレルギー/品名:

2.4. これまでに利用された医療機関(病院・保健所・精神科・心療内科・相談機関・療育センター等)はありますか。
また、これまでに受けられた知能検査や発達検査があれば、結果のコピーをこの相談票に同封、もしくは当日に持参下さい。

医療/相談機関名	相談内容/診断名/服薬名等
期間:① 年 月 ~ 年 月	
② 年 月 ~ 年 月	
③ 年 月 ~ 年 月	

3. お子さまの成育歴について(当てはまった場合は☑、または記入をして下さい)

3.1. 妊娠中に問題が生じましたか

妊娠中毒症	切迫流産	妊婦の病気
妊婦の事故	その他:	

3.2. 出生時に問題がありましたか

在胎: 週	出生時体重: g		
正常産	かん子分娩	逆子	仮死
陣痛促進剤の使用	帝王切開	保育器使用: 期間 日	
光線療法: 期間 日	黄疸: □軽い □重い	退院期間: 母 約 日/お子さま: 約 日	

3.3. 新生児期の授乳状態と様子

母乳	混合乳	人工乳
よく寝ていた	よく乳を飲んでいました	よく泣いていた

3.4. 2か月～について

いつも機嫌が悪かった	よく声が出ていた	あやすとニコリ笑っていた	リズム感が悪かった
ねがえりをうてていた	しっかりとハイハイしていた	お座りができていた	つかまり立ちができていた

3.5. 離乳食について

何でもよく食べた	ほとんど食べなかった	母乳だけ	ミルクのみ
----------	------------	------	-------

3.6. 1歳～2歳について

病気がちであった
その内容:
Q. 初めての言葉(まんま、ぶーぶ 等)を話した時期: 才 か月くらい
Q. 2語文(ワンワン キタ、パパ カイチャ等)話した時期: 才 か月くらい
Q. ひとり歩きができた時期: 才 か月くらい
Q. お母さんのことばを聞き分けて、指示に従えなかった (はい・いいえ)
Q. 指示を聞かずどんどん動いたり走ったりしていた (はい・いいえ)
Q. 新しいモノになかなか馴染めなかった(食べ物、人、場所) (はい・いいえ)
Q. 歩くことを嫌がって、抱っこをいつも求めていましたか (はい・いいえ)
Q. 上記以外でこの頃に気になる出来事はありましたか:

3.7. 3歳～4・5歳について

病気がちであった			
その内容:			
視線があいにくい	言葉がなかなか増えない	会話にならずちぐはぐな答えが返ってくる	
独り遊びが多い	ごっこ遊びをしない	道順や物の位置にこだわる	お絵かきが嫌い
運動が嫌い	迷子になりやすい	かんしゃく	パニック
Q. 上記以外でこの頃に気になる出来事はありましたか:			

3.8. 6歳(就学後)～について(お子さまの年齢が達していない場合、無記入)

Q. 着席して授業を過ごせなかった	(はい・ときどき・いいえ)	左記に理由があれば教えて下さい:
Q. 先生の指示を理解してしたがえなかった	(はい・ときどき・いいえ)	
Q. 字を書く事を嫌がっていた	(はい・ときどき・いいえ)	
Q. ルールのある遊びができていなかった	(はい・ときどき・いいえ)	
Q. 友達からからかわれたり、いじめられたりした	(はい・ときどき・いいえ)	
Q. 友達に乱暴することはありますか	(はい・ときどき・いいえ)	
Q. 先生に反抗的	(はい・ときどき・いいえ)	
Q. 親に反抗的	(はい・ときどき・いいえ)	
Q. 学校へ行くことを嫌がる	(はい・ときどき・いいえ)	
Q. 感情的・衝動的になることが多い	(はい・ときどき・いいえ)	
Q. 本を読むことが好き	(はい・いいえ)	
Q. 計算することが好き	(はい・いいえ)	
Q. 文章題が不得意	(はい・いいえ)	
Q. 運動が不得意	(はい・いいえ)	

4. お子さまの現在について(当てはまる場合は☑、または記入して下さい)

4.1. 現在の身辺の自立について

Q. 食事: <input type="checkbox"/> ひとりで食事ができる <input type="checkbox"/> お箸が使える <input type="checkbox"/> スプーンを使う <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 全介助			
Q. 排泄: <input type="checkbox"/> 完全に自立 <input type="checkbox"/> 一人でトイレに行くがお尻は拭けない <input type="checkbox"/> 尿意を教える <input type="checkbox"/> 便意を教える <input type="checkbox"/> オムツを使用			
Q. 更衣: <input type="checkbox"/> 完全に自立 <input type="checkbox"/> 着られるがボタンははめられない <input type="checkbox"/> 脱げるが着られない <input type="checkbox"/> 全介助			
Q. 清潔さについて			
<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 潔癖	<input type="checkbox"/> できるけどしようとしらない	その他:
<input type="checkbox"/> 服が汚れても着替えない	<input type="checkbox"/> 歯磨きをしない	<input type="checkbox"/> 手洗いをしない	

4.2. 普段の食習慣について

<input type="checkbox"/> 良く食べる	<input type="checkbox"/> 食べすぎる	<input type="checkbox"/> 食が細い	<input type="checkbox"/> 偏食がある
<input type="checkbox"/> 拒食がち	<input type="checkbox"/> だらだら食い	その他:	
好きな食べ物:			
嫌いな食べ物:			

4.3. 普段の睡眠について

<input type="checkbox"/> すぐに眠れる	<input type="checkbox"/> 熟睡する	<input type="checkbox"/> 夜泣きがある	<input type="checkbox"/> 昼寝をする
その他:			
Q. 大体の入眠時間～起床時間: 時頃～ 時頃			

4.4. 普段の気になる癖について

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 爪かみ	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり	<input type="checkbox"/> 性器いじり
<input type="checkbox"/> チック	その他:		

4.5. 普段の遊び相手は誰ですか

<input type="checkbox"/> 同年齢	<input type="checkbox"/> 年下	<input type="checkbox"/> 年上	<input type="checkbox"/> 大人
<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> ひとり遊び		
Q. 1日のテレビをみる時間: 約 時間			
Q. 1日のゲームをする時間: 約 時間			
好きな遊び(スポーツや本):			
嫌いな遊び:			

5. お母さま(養育者)に質問します(当てはまる場合は☑、または記入して下さい)

5_1. お子さまはどんな子ですか(どれか一つに☑して下さい)

<input type="checkbox"/> 手のかからない子	<input type="checkbox"/> 気難しい子	<input type="checkbox"/> 何をするにも時間がかかる子	<input type="checkbox"/> 場合によってどれも当てはまる
<input type="checkbox"/> 落ち着きがない			

5_2. お子さまの子育てに【感じていること/感じた】ことはありますか(いくつでも☑)

<input type="checkbox"/> 母の気持ちが子につうじない	<input type="checkbox"/> そう感じた理由を教えてください
<input type="checkbox"/> 子育てに自信が持てない	
<input type="checkbox"/> かわいくない、わずらわしい	
<input type="checkbox"/> 相談相手がなく孤立感や圧迫感	
<input type="checkbox"/> 周囲の理解がほしかった	
<input type="checkbox"/> 自分の手に負えない	
<input type="checkbox"/> その他	

6. ご家族のこと(記入または、当てはまるものに☑して下さい)

6_1. 家族構成と家族関係

年齢とご職業		健康状態: 良好な場合は無記入でかまいません
Q 父	歳 ご職業:	
Q 母	歳 ご職業:	
Q きょうだい(ご本人は除く)		
	歳 (男・女)	
	歳 (男・女)	
	歳 (男・女)	

6_2. 同居しておられるご家族すべてに☑して下さい

父 母 きょうだい 人 祖父(父方・母方) 祖母(父方・母方) その他()

6_3. これまでにご両親のご病気や大きな夫婦喧嘩など、**家族内の出来事**はありましたか。
 どんなささいなことでも構いませんので、ございましたらご記入ください。

6_4. 精神科または心療内科にかかれたことのあるご家族・ご親戚はいらっしゃいますか

いない いる

■お疲れ様でした、質問は以上になります、お子さまの理解の為に役立たさせていただきます。