

相談対象児の状況記入票

※用紙をコピーして対象児一名につき、1枚ずつご記入ください。

※お子さんの名前は書かないでください。訪問前にお電話にて確認いたします。

- ◎ 園名：() ◎ 訪問日： 月 日()
- ◎ 学年：0歳児・1歳児・2歳児・3歳児(年少)・4歳児(年中)・5歳児(年長) ◎ 性別：男・女
- ◎ そよ風受診歴： あり(保護者の了承をお取りください)・なし ◎ 巡回相談歴：あり・なし

◎在籍園・クラスの基礎情報

全園児数 () 人
 在籍クラスについて () 組 () 人 担任の先生のお名前
 加配体制 あり・なし

◎在籍しているクラス全体の様子

◎今回相談したいこと(あてはまるものに○をつけてください)

- ・ことばの問題 ・コミュニケーションの問題 ・運動や手指の操作などの問題 ・友だち関係の問題
- ・集団活動への参加の問題 (ex. 気持ちの切りかえが上手くいかない) ・保護者との関係 (ex. 連携が取りにくい)

①保育をする上で、気がかりなこと、難しいと感じていること

②上記の点が感じられた場面をご記入ください(どんな時間帯・どんなクラスの状況・どんな活動の場面か、思い浮かべてご記入ください)。

③上記の気がかりは、いつ頃からですか(その頃からみて、変化があったか・変わった場合にどう変わってきたか)。

④気がかりなこと、難しいと感じていることの理由や原因は何だと思えますか(推測で構いませんので、わかる範囲でご記入ください)。

◎対象児の発達状況(あてはまるものに○をつけてください)

- 【ことば】 なし・単語・二語文・三語文～
- 【会話】 日常的な会話は問題ない・YES/NO レベルの簡単な会話であれば成立する・会話は成立しない
- 【運動・操作】 問題なし・運動が苦手・製作などの手先の作業が苦手
- 【生活】 排泄・食事・着替え・睡眠 いずれかに問題がある・なし
- 【行動】 場や人に馴染みにくい・マイペース・落ち着きがない・危険なことをする
- 【くせやこだわり】 ない・ある 具体的に.....
- 【感覚】 聴覚過敏(ex. 耳をふさぐ)・触覚過敏(ex. 衣類の肌触りに敏感)・味覚(偏食)
 その他 具体的に.....