

5歳児すこやか相談 相談票 ( )

幼稚園 ( )  
保育園 ( )組

記入日: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

記入者:父 母 その他( )

フリガナ ( ) 氏名 ____年__月__日生: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	保護者氏名	住所 〒 鎌倉市 電話番号 _____
身体・生活	・体格【現在】 _____年__月__日測定: 身長 _____cm 体重 _____kg 【3歳児健診時】 _____年__月__日測定: 身長 _____cm 体重 _____kg ・食べ物の激しい好き嫌い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { 具体的に } ・食物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { 具体的に } ・睡眠について 就寝時刻: __時ごろ 起床時刻: __時ごろ <input type="checkbox"/> 寝つきが良い <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> ぐっすり眠る <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> その他 [ ] ・手や体の使い方、姿勢で気になることはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい { 具体的に }	
遊び	・ご家庭ではどんな遊びをしますか。 { 具体的に } ・鬼ごっこやかくれんぼなど、ルールを守って遊べますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・友だちと一緒に遊ぶよりひとりで遊ぶほうが好きですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・顔や人、形のあるものの絵を描いて遊びますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・はさみを使い、線にそって紙を切ることができますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・テレビやDVDなどを一日にどのくらい見ますか(ゲームも含めて)。 ( ) 時間くらい	
コミュニケーション	・発音が不明瞭で聞きとりにくいことばはありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・ことばの発達が同年齢の子より遅れていると感じたことはありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・相手の話を聞かずに、一方的に話すことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・園であったできごとを聞いたときに話してくれますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・しりとり遊びができますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
行動・情緒	・気になるくせや行動などはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい { それはどんなことですか? } ・落ち着きがないと感じることがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・迷子になったり、急に道路に飛び出したりしてひやんとすることはありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・してはいけないことや危ないことを注意されても、やめないことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・強いかんしゃくやパニックを起こしますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい { それはどんな時ですか? } ・同じ順序や方法で物事を行わないと気がすまないことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ・初めての場所で強い不安を示したり、中に入れなかったりすることがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	
育児	・お子さんの得意なことや好きなことはどんなことですか。また、苦手なことや嫌いなことはどんなことですか。 { 得意なこと・好きなこと } { 苦手なこと・嫌いなこと } ・お子さんと一緒にいて楽しいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・お子さんの育児は大変で、疲れることが多いですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いいえ ・育児で当てはまるものがあればチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 手伝ってくれる人が身近にいる <input type="checkbox"/> 身近に相談できる相手がいる <input type="checkbox"/> 子どもを叩いて叱ることが多い <input type="checkbox"/> 怒鳴ることが多い <input type="checkbox"/> 無視してしまう	
相談希望	・相談を希望しますか <input type="checkbox"/> 希望する(相談内容を下記にご記入ください) <input type="checkbox"/> 希望しない 相談の内容に○をお付けください。詳細については右欄にご記入ください。 食事・生活・育児・身体 { } ことば・コミュニケーション・行動・情緒・その他 { } ※上記にあてはまらないことや、[ ]に書ききれない場合は裏面にお書きください。 ※相談希望のある方についてはスタッフよりご連絡いたします。日中連絡のつく連絡先をご記入下さい。(電話番号 )	

※この面は、表面の回答で書ききれなかったことをお書きいただく等、自由にお使いください。

A series of horizontal dashed lines for writing.