



ふりがな		生年月日	年	月	日生
お子さまのお名前					
所属		問診記入者	母	父	他( )

当てはまるものに✓を入れ、必要事項をご記入ください

**この「5歳おひさま相談」はどのようにして知りましたか？**  
園から      保健センターから      広報（HPやチラシなど）      罹りつけの病院・医師  
その他（ ）

**この「5歳おひさま相談」で相談したいことについて教えてください**  
発達   ことば   手先・運動   就学   人との関係   行動（かんしゃく・落ち着きのなさ・衝動性 など）  
お子さまへの関わり方   医療受診に関して   発達障がいについて心配   その他（ ）

できるだけ詳しくご記入ください

---

**お子さまの出生時からこれまでのご様子について教えてください**

1 在胎週数は何週間ですか？      ( ) 週間      予定より      早い ・ 遅い

2 出生時の体重と身長を教えてください      ( ) g      ( ) cm

3 出生時に何か気になることはありましたか？      いいえ      はい（何を： ）

4 生まれてから退院までのお子さんの経過は順調でしたか？  
はい      いいえ（何が： ）

5 これまでに大きな病気やけがをしましたか？      いいえ      はい（いつ： ）  
(どんな： )

6 現在治療中の病気はありますか？      いいえ      はい（いつから： ）  
(どんな： )

7 ひきつけを起こしたことはありますか？      いいえ      はい（いつ： ）  
( はいの方 ⇒ 熱があって      熱がなくて      泣いていて )

8 現在服用している薬があれば教えてください（風邪薬などその時だけのものでなく、治療などのために常時服用しているもの）  
服用していない      服用している（薬名 ）

9 育ちの経過について教えてください  
首のすわり（ ）か月      おすわり（ ）か月      よつばい（ ）か月  
歩きはじめ（ ）か月      話しはじめ（ ）か月      人見知り（ ）か月

10 乳幼児健診での経過について教えてください  
1歳6か月健診      2歳6か月健診      3歳児健診  
すこやか健診（直近は、 年 月ころ）

11 健診のとき、指摘されたこと、相談されたことはありますか？  
いいえ      はい（いつ； ）      （何を ）

---

**お子さまの生活環境について教えてください**

1 お子さまの日中の保育者はどなたですか      ( )

2 お子さまはどのような遊びが好きですか      ( )

3 よく遊ぶ友達はいますか      いる      いない

4 幼稚園（保育園）に行くことを嫌がることはありますか  
ない      時々いやがる      たびたびいやがる

5 テレビ・タブレットなど（ネット動画・ゲームも含む）のメディアに触れる時間  
見ない      見る（1日 時間）      好きな番組・内容：

6 過去に相談したことがある機関や現在利用中のサービスについて教えてください  
保健センター      教育センター      医療機関（ ）  
児童発達支援事業所・放課後等デイサービス（ ）  
その他（ ）

お子さまの発達について教えてください  (該当する口に✓をいれてください)

番号	項目	はい	いいえ	分からない
学習	1 一音一歩ずつ移動したり、駒を動かす遊びができる(グリコ遊びなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 10以上の物を数えることができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 お手本を見て四角を書くことができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 文字や数字をひろい読みする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
集中・気持ち	5 お話を座って聞くことができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 人の話や説明を最後まで静かに聞くことができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 乗り物や大勢の人の中で、落ち着いていられる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 怒っているなどの自分の感情をことばで表せる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 イヤなことに対して気持ちを抑えて「やめて」と言える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 鬼ごっこや簡単なカードゲームなど、ルールを理解して遊ぶことができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ことば	11 自分の左右がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 はっきりした発音で単語を正確に言える(らっこ→だっこ)や「てれび→てびれ」にならない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13 一回の指示で聞き取り、行動することができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14 しりとりができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 園で習う歌の歌詞を覚えて、歌える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16 園であったことなどを相手が分かるようにお話することができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
からだ	17 服を着るとき、ボタンをかけることができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18 見本の動作を真似することができる(ダンスや手遊びなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19 片足でケンケンができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 スキップができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

番号	項目	はい	いいえ	分からない
生活・その他	1 生活リズムが整いにくい(こだわりや注意散漫、切り替えにくさにより、リズムが乱れがちな場合も含みます)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 睡眠リズムが安定しにくい(夜中に何度も起きる・寝つきが悪いなど) 起床( 時 分ころ) 就寝( 時 分ころ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 偏食が強かったり、過食や極端に少食だったりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 体調不良の訴えが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 感覚の過敏さがある(特定の音や素材に対し嫌悪する)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 忘れっぽく なくしものが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 怒りっぽい かんしゃくがひどい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 決まったやり方にこだわる 変化に不安や抵抗が強い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 新しい場所や活動が苦手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 友だちやきょうだいとけんかやトラブルが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 落ち着きがなかったり 思いついたらすぐ行動する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 ひとりで遊び 友だちが少ないように感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 ※ お子さまとの関わりで困っていることがありますか? ある ない

※ ペアレント・トレーニング(行動理論に基づいた関わり方を保護者が学び実践することで、こどもの行動をより良くするプログラム)に参加したいと思いますか?

参加したい(興味がある) 参加を希望しない