

初回記録表

記載日 平成 年 月 日

ふりがな：()
相談者：() 男 ・ 女
生年月日： 昭和 ・ 平成 年 月 日 満 歳
記載者氏名()続柄()電話()
<p>* 診断を受けていますか？ 受けている ・ 受けていない</p> <p>診断を受けている場合には、診断時期、診断機関（医療機関等）、診断名をお書きください。</p> <p>診断時期（ 昭和 ・ 平成 年 月ごろ ）</p> <p>診断機関（ ）</p> <p>診断名（ ）</p>
<p>* 現在相談をしたいことは何ですか？</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p>
<p>それはいつ頃から、どのような症状・状態が、どのような経過で生じましたか</p>
<p>* 当センターへ相談を申し込みになられた理由やきっかけ、経過についてお書きください。</p> <p>（例：ハローワークで勧められた、知り合いから勧められた、自分で探した等）</p>
<p>* 今回当センター相談に当たり、相談に期待すること、希望することをお書きください。</p> <p>（例：助言を聞きたい、医療情報を知りたい、検査について知りたい、就労について知りたい等）</p>

* 相談者がご本人の場合に記入してください。

1. 今回の相談についてご家族はどうお考えですか？

(例：家族も相談を希望、あまり乗り気ではない、特に家族には説明していない等)

2. 相談に際して配慮してほしいことがあればお書きください。

* 相談者がご家族の場合に記入してください。

1. 今回の相談についてご家族はどうお考えですか？

(例：家族も相談を希望、あまり乗り気ではない、特に家族には説明していない等)

2. 相談に際して配慮してほしいことがあればお書きください。

* 相談に際しての配慮点（支援センター「きらり」で記入をします）

*** 発達歴・成育歴についてお書きください。**

<0歳から1歳ごろの発達について>

1. 首のすわりは、何ヶ月ごろでしたか？ _____ヶ月ごろ
2. 寝返りは、何ヶ月ごろでしたか？ _____ヶ月ごろ
3. おすわりは、何ヶ月ごろでしたか？ _____ヶ月ごろ
4. はいはいは、何ヶ月ごろでしたか？ _____ヶ月ごろ
5. つかまり立ちは、何ヶ月ごろでしたか？ _____ヶ月ごろ
6. ひとり立ちは、何ヶ月ごろでしたか？ _____ヶ月ごろ
7. 歩きはじめは、何ヶ月ごろでしたか？ _____ヶ月ごろ
8. 走るのは、何ヶ月ごろでしたか？ _____歳_____ヶ月ごろ
9. 要求の指さし（何かに興味をもった時に、それを知らせる/伝えるための指さし）はありましたか？
あつた（_____ヶ月ごろ） ・ なかつた
10. ジェスチャー（バイバイ、お手でパチパチ、手を挙げてハイなど）はありましたか？
あつた（_____ヶ月ごろ） ・ なかつた
11. かたこと（マンマ、ブーブなど）はありましたか？
あつた（_____ヶ月ごろ） ・ なかつた
12. 2語文（ママきて、ジュースちょうだい、など）はありましたか？
あつた（_____歳_____ヶ月ごろ） ・ なかつた
13. 3語文（パパあっちいこう、など）はありましたか？
あつた（_____歳_____ヶ月ごろ） ・ なかつた

<1歳ごろのことについて当てはまるものに○をつけてください>

1. 人のいる方向に顔を向けなかつた はい ・ いいえ
2. 母を視線で追わなかつた はい ・ いいえ
3. 母の顔をみても笑顔をみせなかつた はい ・ いいえ
4. 人見知りをしなかつた はい ・ いいえ
5. 人見知りが激しかつた はい ・ いいえ
6. あやしても喜ばなかつた はい ・ いいえ
7. 音がしても知らんふりをしていた はい ・ いいえ
8. おとなしくて手がかからない子だつた はい ・ いいえ
9. 他人の介入をいやがり一人の時の方が機嫌が良かつた はい ・ いいえ
10. 抱きにくくだかれにくい子だつた はい ・ いいえ
11. まねなどをしなかつた はい ・ いいえ
12. おもちゃへの興味が少なかつた はい ・ いいえ
13. 睡眠が不規則だつた はい ・ いいえ
14. かの強い子だつた はい ・ いいえ

15. 喃語（マママ・ダダダなど赤ちゃん言葉）が少なかった はい ・ いいえ
16. 見てほしいものを見せにくることが少なかった はい ・ いいえ

<3歳ごろから6歳ごろのことについてお書きください>

1. 親から平気ではなれたり、頻回に迷子になったりしましたか？
はい（____歳ごろ） ・ いいえ
2. 視線が合わないことはありましたか？ はい（____歳ごろ） ・ いいえ
3. 名前を呼んでも気づかないことはありましたか？ はい（____歳ごろ） ・ いいえ
4. ことばの遅れはありましたか？ はい（____歳ごろ） ・ いいえ
5. オウム返しはありましたか？ はい（____歳ごろ） ・ いいえ
6. 奇妙な動作やしぐさはありましたか？ はい（____歳ごろ） ・ いいえ
（そのような動作やしぐさでしたか： _____）
7. こだわりがありましたか？ はい（____歳ごろ） ・ いいえ
（どのようなこだわりでしたか： _____）
8. 興味・関心が強いことはありましたか？ はい（____歳ごろ） ・ いいえ
（何に対してでしたか： _____）
9. 多動傾向はありましたか？ はい（____歳ごろ） ・ いいえ
10. 保育所・幼稚園で
入園当初行きしづることがありましたか？ はい（期間_____） ・ いいえ
集団参加はできましたか？ はい ・ いいえ（____歳ごろ）
いいえの場合
友だちと仲良く遊べましたか？ はい ・ いいえ（____歳ごろ）
物の貸し借りはできていましたか？ はい ・ いいえ（____歳ごろ）
遊びのルールは理解できていましたか？ はい ・ いいえ（____歳ごろ）

<健診で指摘されたことや相談をしたことがありましたらお書きください>

- 4か月児健診： はい ・ いいえ
（はいの場合の内容： _____）
- 10か月児健診： はい ・ いいえ
（はいの場合の内容： _____）
- 1歳6か月児健診： はい（指摘された・相談をした） ・ いいえ
（指摘または相談の内容： _____）
- 2歳児健診： はい ・ いいえ
（はいの場合の内容： _____）
- 3歳児健診： はい（指摘された・相談をした） ・ いいえ
（指摘または相談の内容： _____）

<学齢期（6歳ごろから12歳ごろまで）についてお書きください>

1. 授業に参加できていましたか？ できていた ・ できていなかった
(参加できなかった授業：)
2. 授業中に出歩くことはありましたか？ あった ・ なかった
3. 授業中に騒ぐことはありましたか？ あった ・ なかった
4. 友だちとのトラブルはありましたか？
とても多かった・多かった・少なかった・なかった
5. 得意な教科はありましたか？ あった ・ なかった
(教科名：)
6. 苦手な教科はありましたか？ あった ・ なかった
(教科名：)
7. 字を書くことに苦手さはありましたか？ あった ・ なかった
8. 字をよむことに苦手さはありましたか？ あった ・ なかった
9. 計算することに苦手さはありましたか？ あった ・ なかった
10. 会話することに苦手さはありましたか？ あった ・ なかった
11. 視力や聴力に問題はありましたか？ あった ・ なかった
12. 学校でのこれらの学習の苦手さは小学校何年生ごろから気になりましたか？ _____歳頃
13. 奇妙な動作やしぐさはありましたか？ あった ・ なかった
(どのような動作やしぐさでしたか：)
14. こだわりはありましたか？ あった ・ なかった
(どのようなこだわりでしたか：)
15. 興味・関心が強いことはありましたか？ あった ・ なかった
(何に対してでしたか：)
16. 集団活動での問題はありましたか？ あった ・ なかった
(あった場合の内容：)
17. 対人関係の問題はありましたか？ あった ・ なかった
(あった場合の内容：)
18. 家庭内での問題はありましたか？ あった ・ なかった
(例：自傷・他害・飛び出し・破壊・睡眠障害・強いこだわり・情緒不安定・感覚過敏等)
(あった場合の内容：)
19. 学校でよく指摘されたことがあればお書きください。
()

* 感覚の特徴について、現在の状態について例の中に当てはまるものがあれば○をつけ、必要に応じて追加事項をお書きください。

1. 触覚（触る）の問題はありますか？ ある ・ ない

例：特定の服しか着ない（肌触りにこだわるなど）、ぬれた服をすぐ脱ぐ、
ブラシで髪をとかすことが苦手、特定のものしか食べない、冷めると食べない、
流水や砂などをずっと触っている、けがをしても痛くない、軽い接触には気づかない、
抱きしめられることが好き、その他に硬さ・柔らかさ・鋭さ・鈍さ・暑さ・冷たさ・痛さ

2. 前庭感覚（バランス）、固有感覚（体の知覚）の問題はありますか？ ある ・ ない

例：座る時に体を傾ける、一定時間姿勢の保持ができない、体の動かし方がぎこちない、
不器用である、動作が鈍い、新しい姿勢に抵抗がある、道具をうまく使えない、
動きを始めたたり止めたりするのが苦手、人との距離をうまくとれない、
前に人がいてもよけられないなど運動や位置関係に関すること

3. 視覚（見る）の問題はありますか？ ある ・ ない

例：光るものが好きでじっと見ている、換気扇や車輪が回る様子や排水の渦をずっと見ている、
文字の形がとれない（雑に書く）、読めない（文字をとばす）、必要なものを見つけだせない、
蛍光灯の光がちらつく、必要なものに注意を向けることが難しい、
視界に入っているはずなのに無視をする、その他に色・濃淡・線・形・動体視力

4. 聴覚（聞く）の問題はありますか？ ある ・ ない

例：特定の音が好き、特定の音が嫌い、騒音の中では集中できない、
小さな音でも注意がそれる、聞こえていないような様子を見せる、
特定の音（犬の鳴き声など）が聞こえるとその場で動けなくなる、
特定の音が嫌いで声を出したり耳をふさいだりして音を打ち消そうとする、
周りの人には気にならない音に過敏に反応する、
その他に音の大小・音の高低・近い遠いなど

5. 味覚（味わう）の問題はありますか？ ある ・ ない

例：偏食がある、調味料をたくさんかける（濃い味を好む）、特定の食べ物を好む・嫌う、
その他に甘さ・辛さ・塩辛さ・苦さ・酸っぱさ・口の中の過敏など

6. 嗅覚（においをかぐ）の問題はありますか？ ある ・ ない

例：特に敏感なにおいがある（好き嫌い）、においが苦手ですそこにいられない、
物に対してにおいをかぐことで落ち着く、特定のにおい（揚げ物など）が嫌いである

7. その他感覚の問題について気になることがあればお書きください。

()

* 履歴（学校・職歴など）についてお書きください。

区分	学校名・会社名など	在籍期間
保育園 幼稚園		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
小学校		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
中学校		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
高校		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
大学 専門学校		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
就職先 など		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月

*** これまでにサポートを受けた内容や相談した内容をお書きください。**

療育教室、学校、医療機関（病院）、精神保健福祉センター、就労支援機関（ハローワーク、障害者職業センターなど）、各種支援機関、相談機関、市（区）役所等

サポート機関名	年月日	年 齢 (歳)	相談内容	受けたアドバイスや 支援の内容	担当者