

個人資料 <幼児～小学生>

令和 年 月 日

貴機関名		支援担当者名	
ふりがな		生年月日 H・R 年 月 日生	
氏名	<input type="checkbox"/> 男	学年学級 年 組	
	<input type="checkbox"/> 女		
本人の困り感			
生活面	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> そのほか () 身支度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> そのほか () 片付け <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> そのほか () 食事 <input type="checkbox"/> 箸で食べる <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク使用 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> そのほか () <input type="checkbox"/> 偏食なし <input type="checkbox"/> 偏食あり () <input type="checkbox"/> 量が少ない <input type="checkbox"/> かなり遅い		
行動面	課題への取り組み <input type="checkbox"/> 年齢相応に取り組める <input type="checkbox"/> 取り組めない () 集中 <input type="checkbox"/> 授業や作業に集中できる <input type="checkbox"/> 集中が持続しない <input type="checkbox"/> 席を離れる 性格 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 受動的 <input type="checkbox"/> そのほか () 感情 <input type="checkbox"/> コントロールできる <input type="checkbox"/> コントロールが苦手 <input type="checkbox"/> そのほか () 環境 <input type="checkbox"/> 変化に強い <input type="checkbox"/> 変化を嫌う <input type="checkbox"/> そのほか () その他 <input type="checkbox"/> 好奇心が旺盛だ <input type="checkbox"/> 自信が持てない・不安が強い <input type="checkbox"/> こだわりが強い		
対人面	友人 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 自分から友だちに声をかける <input type="checkbox"/> 同性・同年代の友人がいる <input type="checkbox"/> 同性・同年代の友人がいない <input type="checkbox"/> 休み時間に他児と遊んでいる <input type="checkbox"/> 休み時間など一人で過ごす 理解 <input type="checkbox"/> 相手の気持ちを理解できる <input type="checkbox"/> 相手の気持ちを理解することが苦手 表現 <input type="checkbox"/> 自分のことを話すことができる <input type="checkbox"/> 自分の気持ちを伝えることが苦手 <input type="checkbox"/> 困った時などに SOS が出せる <input type="checkbox"/> 会話が続かない <input type="checkbox"/> 暴言暴力がある		
感覚面	<input type="checkbox"/> 姿勢が崩れることが多い <input type="checkbox"/> よく転ぶ <input type="checkbox"/> あちこちに体をぶつける <input type="checkbox"/> 高いところによく登る <input type="checkbox"/> 高いところを怖がる <input type="checkbox"/> 暗いところを怖がる <input type="checkbox"/> 不器用 <input type="checkbox"/> モノの扱いが乱暴 <input type="checkbox"/> 抱っこが大好き <input type="checkbox"/> 抱っこが嫌い <input type="checkbox"/> 感覚過敏がある (<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 触覚 <input type="checkbox"/> 味覚 <input type="checkbox"/>)		
そのほか	出欠 <input type="checkbox"/> 休まず通っている <input type="checkbox"/> 行き渋りがある <input type="checkbox"/> よく欠席する 保護者 <input type="checkbox"/> 本人の状態をよく理解している <input type="checkbox"/> 少し理解 <input type="checkbox"/> あまり理解していない 外部機関の利用 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
備考	※) そのほかお気づきのことや相談内容などをお書きください。		