

個人資料 <中学・高校以上の学生>

令和 年 月 日

貴機関名		担当者名	
ふりがな 氏名	生年月日 H 年 月 日生		学年 年 (学科等 科)
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
本人の困り感			
生活面	身だしなみ <input type="checkbox"/> 服装等きちんとしている <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 持ち物管理 <input type="checkbox"/> 管理できている <input type="checkbox"/> 忘れ物など多い <input type="checkbox"/> その他 ( ) 時間管理等 <input type="checkbox"/> 管理できている <input type="checkbox"/> 遅刻など多い <input type="checkbox"/> その他 ( ) 課題の提出 <input type="checkbox"/> 期限前に提出 <input type="checkbox"/> 期限過ぎて提出 <input type="checkbox"/> 提出しない ( )		
行動面	課題への取り組み <input type="checkbox"/> 真面目に取り組む <input type="checkbox"/> 持続が困難 <input type="checkbox"/> 取り組めない ( ) 集中 <input type="checkbox"/> 授業等に集中できる <input type="checkbox"/> 集中が持続しない <input type="checkbox"/> 離席など ( ) 性格 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 受動的 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 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"/> その他 ( ) 環境 <input type="checkbox"/> 変化に強い <input type="checkbox"/> 変化を嫌う <input type="checkbox"/> その他 ( ) 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"/> 自分からクラスメートに声をかける <input type="checkbox"/> 休み時間などクラスメートとの関わりがある <input type="checkbox"/> 関わりがない 部活 <input type="checkbox"/> 所属 ( )部 <input type="checkbox"/> 積極的に参加している <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 所属せず 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 <input type="checkbox"/> 場面や状況に合った言動・行動ができる <input type="checkbox"/> 状況に合わない言動等が目立つ 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事が苦手 <input type="checkbox"/> 困った時に自分から SOS を出せる <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"/> よくぶつかったり怪我をする <input type="checkbox"/> 何でも触ろうとする <input type="checkbox"/> 声の大きさのコントロールが苦手 <input type="checkbox"/> モノの扱いなどが乱暴 <input type="checkbox"/> 全体的に不器用 <input type="checkbox"/> 名前を呼んでも反応しないことがある <input type="checkbox"/> 人との距離が不適切 <input type="checkbox"/> チックがある <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"/> ほか ( ) <input type="checkbox"/> 感覚が鈍い ⇨ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 暑さ寒さ <input type="checkbox"/> ほか ( )		
その他	出欠 <input type="checkbox"/> 休まず通学している <input type="checkbox"/> 欠席が多い <input type="checkbox"/> 欠課がある ( <input type="checkbox"/> 遅刻 <input type="checkbox"/> 早退 ) 体調等 <input type="checkbox"/> 体調が崩れやすい <input type="checkbox"/> 気持ちが不安定になりやすい 自己理解 <input type="checkbox"/> 困り感に自分で気付いている <input type="checkbox"/> 少し理解 <input type="checkbox"/> ほとんど理解していない 家族 <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 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 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。		