

これからの支援の際の非常に大事な情報となります、できるだけ詳しくご記入ください。

志木認知行動カウンセリング室 【記入者】 (年 月 日)

ふりがな							
氏名					男・女		
生年月日	T・S・H	年	月	日	学年 (歳)		
住所	〒						
自宅電話番号	携帯電話(メール)						
同居家族 (人)	続柄	年齢	職業(勤務先) / 教育歴園～現在学年(学校名) / 気になる健康状態				
	父	歳	職業(勤務先)	ストレス 弱・中・強 わからない			
	母	歳	職業(勤務先)	ストレス 弱・中・強 わからない			
	本人	歳	園	小学校	中学校	高校	大学
		歳	園	小学校	中学校	高校	大学
		歳	園	小学校	中学校	高校	大学
両親(人)	父方	母型	近くにお住まいか		気になる健康状態		

■今回どのようなことでお困りでしょうか。それはいつ頃からですか。

お困りごと	【お困りごと】
	<p>① 学校(園)での様子</p> <p>学校(園)での様子</p> <p>② 家庭での様子</p> <p>家庭での様子</p> <p>【どうなれば良いと考えているか。ご両親の希望】</p> <hr/> <p>睡眠：よい・悪い (時～ 時まで寝ている 昼寝 有・無)</p> <p>食欲：ある・ない 食事時間 朝 時/夜 時 塾・習い事 ()</p> <p>親しい方(友人有・無 家族有・無 先生有・無 部活有・無)</p> <p>PC・スマートフォン使用 時間 朝 昼 夜 ()</p>

■これまで、医療(精神科・心療内科等)・相談機関で相談されたことはありますか。

ない・ある	医療・相談機関名		年 月 ~ 年 月
			診断名 ()
生育歴	周産期	周産期体重 g	
		分娩 正常・その他()	
		特記事項	
	乳児期	首が据わった時期 歳 ヶ月頃	
	初歩		歳 ヶ月頃
	初語		歳 ヶ月頃 (まんま、ぶーぶ等)を話した
	■人見知り： ない・ある 歳 月		■後追い： ない・ある 歳 月
	■1歳6か月児健診での指摘 ない・ある ()		
	■3歳児健診での指摘 ない・ある ()		
	<p>■幼児・児童期に次のようなことはありましたか。○をつけてください。(複数回答可)</p> <p>視線があいにくい・苦手かイヤがる (散髪・つめを切り・歯磨き・お風呂)</p> <p>つけるのを嫌がる (帽子・手袋・お面)・遊びで嫌がる (のり・粘土遊び・砂・芝生)</p> <p>独り遊びが多い・ぐるぐる回る・つま先で歩く・道順や物の位置にこだわる</p> <p>ミニカーなどをきれいに並べる・回転物(タイヤ・換気扇等)を眺める・特定のマークやCMが好き・座ってられない・だっこが嫌い・特定の音を嫌がる (聴覚過敏)</p> <p>気になる癖：爪かみ・指しゃぶり・偏食・性器いじり・チック・その他</p> <p>■お子様の性格や特徴についてうかがいます。あてはまると思われるものに○をつけてください。(複数回答可)</p> <p>愛想が良い・がんこ・きまじめ・要領が良い・要領がよくない・無頓着・控え目・無口</p> <p>人づきあいが好き・人づきあいが苦手・完璧主義・粘り強い・頑張り屋・あきっぱい</p> <p>疑い深い・心配性・気が弱い・規則を守る・他人に関心がない・こだわりが強い・神経質・短気・すぐにかっとなる・忘れ物が多い・マイペース・友達があまりいない・穏やか・どちらかというとな不注意・場の空気が読めない・緊張しやすい・他人の気持ちがわからない・おおらか・育てやすかったまたは難かった (理由)</p> <p>■就学前に利用された専門機関 (保健所・療育センター等) はありますか ない・ある</p> <p>通所機関</p> <p>■これまでに経験した病気についてお尋ねします。(複数回答可○をつけてください)</p> <p>大きなけがや病気 ()・熱性けいれんやひきつけ・頭を強くうつ・気を失う</p> <p>■入院経験：ある・ない ()</p>		

お問い合わせ 070-5025-5759