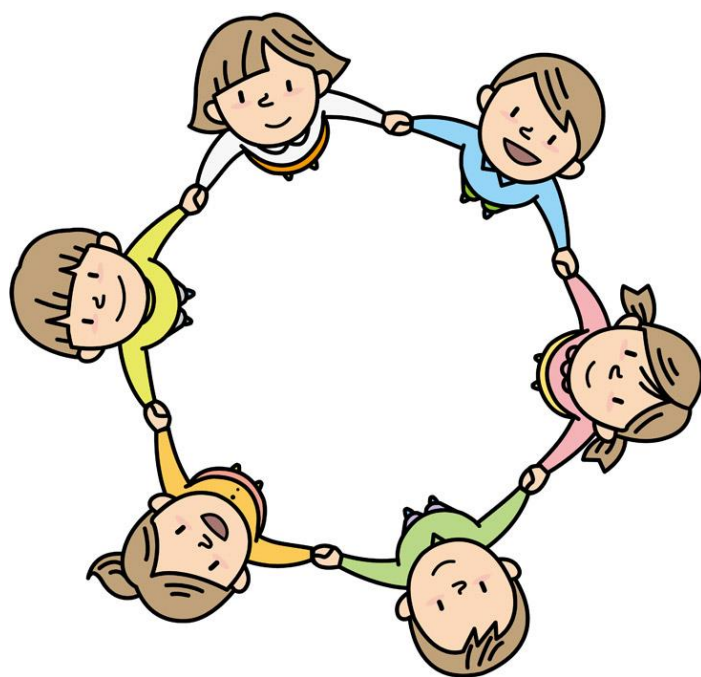


関ヶ原町スマイルブック



関ヶ原町

はじめに

1.スマイルブックの目的

スマイルブックは、保育園や学校、職場など集団で生活する場において、困り感のあるお子さんやその可能性があるお子さんを支援していくためのものです。

2.スマイルブックの基本的な考え方

○お子さんが適切な支援を継続的に受けるために役立ちます。

プロフィール、生育歴、支援の経過などがスマイルブック一冊にまとめられ、これを教育機関や医療機関に提示することで、お子さんの今までの様子を伝えることができます。各関係機関では、この情報をもとに、保護者と相談しながら、お子さんに適した支援を考えます。

スマイルブックは、保護者から園や学校（担任の先生）に提示してください。今後、学年が上がるたびに、保護者から担任の先生への働きかけをお願いします。

○お子さんの状況に応じて活用できます。

社会で自立していくまでの長期的な視野に立ち、お子さんが成人するまで作成し続けることが望ましいです。保護者が「作成の必要がない」と判断された場合は、作成しませんので、「必要がない」ことを療育指導員・保健師・保育士・教員等に伝えて下さい。

○利用者の自主性・主体性を大切にします。

「基本のシート」は、保護者が記入します。すべてのページに記入する必要はありません。記入できるところから、記入しましょう。「基本のシート」に加え、お子さんの成長記録に関わる必要なシートを加えていきましょう。

○スマイルブックの保管は、保護者が行います。

スマイルブックに記入されている内容は、大変重要なことですので、保護者が責任をもって保管しましょう。



* 特別支援教育に関する主な相談機関 *

機関名	電話番号	担当内容
教育委員会教育課	43-1289	就学関係、学校関係、スマイルブックについて
役場住民課	43-1113	こども園関係、児童虐待等対応
すぎの子園	43-2688	療育指導、発達相談、スマイルブックについて
やすらぎ健康増進センター	43-3201	乳幼児健診、すくすく相談（発達相談） スマイルブックについて

関ヶ原町スマイルフックの構成

関ヶ原町スマイルフックの構成は、決まったものではありません。
お子さんの成長・発達の様子について、必要な時に必要な情報を出し入れできるように、下のよ
うな「基本のシート」に加え、お子さんの成長記録に関わる必要なシートをどんどん増やして、
お使いください。

【基本のシート】

- 1 本人のプロフィール
- 2 妊娠から出産までの様子
- 3 生まれてからの様子
- 4 好きなこと・安心リスト
- 5 本人の現在の様子

【ファイルするとよいシート】

- 1 医療機関からの文書
- 2 各機関での検査結果
- 3 各機関での相談結果
- 4 療育に関する文書
- 5 支援の引き継ぎシート
- 6 就学时健康診断の結果
- 7 個別の教育支援計画

などお子さんの発達・成長に関わるもの



関ヶ原町スマイルフック作成にともなう個人情報の外部提供にかかる同意書

スマイルフックは、保健、福祉、教育等の関係機関が連携してお子さんを支援していくために作成し、保護者の方が保管するものです。家庭と各関係機関が連携し、お子さんにとって適切な支援を行うためにスマイルフックで扱う情報を各関係機関が共有することが大切です。

スマイルフックの記載内容は個人情報ですので、お子さんの支援のためにのみ利用し、それ以外の目的に使用することはなく、情報の管理等その扱いには慎重を期します。情報の共有について同意いただける方は、下の□にチェックの上、記名押印をお願いします。

今後の支援をすすめるために、スマイルフックで扱う情報を関係機関が共有し、関係機関間で情報を収集したり、提供したりすることに同意します。

年 月 日

保護者氏名

印



通所経歴（児童発達支援事業所、放課後等デイサービス等）

施設名	所属期間
	歳 か月～ 歳 か月
	歳 か月～ 歳 か月
	歳 か月～ 歳 か月

かかりつけの医療機関

医療機関名	初診日	主治医	備考（診断等）
	年 月 日 (歳 か月時)		
	年 月 日 (歳 か月時)		
	年 月 日 (歳 か月時)		
	年 月 日 (歳 か月時)		

発達に関わる検査について

検査名	実施時期	検査機関	結果
	年 月 日 (歳 か月時)		
	年 月 日 (歳 か月時)		
	年 月 日 (歳 か月時)		

手帳の有無

手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
療育手帳	A1・A2・B1・B2	年 月発行	有効期限： 年 月
身体障害者手帳	()級	年 月発行	有効期限： 年 月



妊娠から出産までの様子

<母の状況>

妊娠中	
妊娠経過	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 強いつわり <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 切迫早産
特記事項	
出産時	
両親の年齢	父親 () 歳・母親 () 歳
出産予定日	年 月 日
出産日	年 月 日 (妊娠 週 日)
体位	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他 ()
分娩	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 前早期破水 <input type="checkbox"/> 微弱陣痛 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩
特記事項	

<子の状況>

出生時				
在胎期間	週	日	体重	g
身長	cm	頭囲	cm	胸囲 cm
アプガースコア	点		出生直後の状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
出生後の問題	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 黄疸	<input type="checkbox"/> 千アノーゼ <input type="checkbox"/> 発育不良	<input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他 ()	
処置内容	<input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 保育器 (日間)	<input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入	<input type="checkbox"/> NICU (日間) <input type="checkbox"/> その他 ()	
出産病院				
先天性代謝異常検査	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 未受検	
新生児聴覚検査	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 未受検	
特記事項				



生まれてからの様子

乳幼児健康診査の状況			
乳児健診（前期）	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けていない	受診結果：()
乳児健診（後期）	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けていない	受診結果：()
1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けていない	受診結果：()
3歳児健診	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けていない	受診結果：()
乳幼児期の様子			
* 栄養に関して			
栄養	<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> 人工	<input type="checkbox"/> 混合
哺乳力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱い	<input type="checkbox"/> その他
離乳開始	か月		
断乳の時期	歳	か月	
* 発達に関して			
首のすわり	か月	寝返り	か月
おすわり	か月	はいはい	か月
つかまり立ち	か月	一人歩き	か月
* ことばの発達			
喃語（フー・ゲー・バフバフ等）を話した時期			か月
はじめて意味のあることば（マンマ・ブーブー等）を言い始めた時期			か月
「マンマ、チョウダイ」のような二語文を言い始めた時期			か月
* 身辺自立（特記すべきことがあれば記入してください）			
食事			
排泄			
着脱			
睡眠			
* 育てにくさはありませんでしたか？			
<input type="checkbox"/> 寝てばかりいた	<input type="checkbox"/> あまり寝ない	<input type="checkbox"/> おとなしい	
<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 気持ちの切り替えが苦手	<input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> こだわりがある	<input type="checkbox"/> かんしゃくがひどい		
<input type="checkbox"/> 偏食がひどい	<input type="checkbox"/> 体調を崩しやすい		



好きなこと・安心リスト

	安心すること・もの (場所・遊び・人など)	生き生きすること・もの (遊び・趣味・食べ物など)	苦手なこと・もの (場所・音・食べ物など)
例	静かな場所 保健室 自由帳を書く 職員室(〇〇先生のところ)	〇〇のマンガを読む パズルゲーム 数字並べ 音楽 和食、和菓子	混雑したところ 女の子に細かく注意されること 急な予定変更 フルーツ全般、フチトマト
幼児期			
小学校 低学年			
小学校 中学年			
小学校 高学年			
中学校			
高校			



相談の記録

年月日	年齢	相談先	内容
. .			
. .			
. .			
. .			



相談の記録

年月日	年齢	相談先	内容
. .			
. .			
. .			
. .			

歳シート（就学前）
 （年齢 歳 か月）

記入日（ 年 月 日）

記入者（ ）

園名（ ） 担任名（ ）	
加配 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> ことほの教室
児童発達支援事業所の利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所名
発達相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	機関名（ ） 担当者名（ ） 相談内容
医療機関受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名（ ） 医師名（ ） 薬の名前（ ）

※お子さんの特徴や関わる人によってほしいことなどをお書きください。

	現状	有効な支援
基本的な生活習慣	食事の取り方（ ） 排泄（自立/オムツ使用：終日、夜間） 衣服（自立/脱げない/着られない/ボタン不能） 洗面、入浴（自立/半介助/全介助） 睡眠習慣（問題なし/時々不眠/不眠） 準備（自立/半介助/全介助） 片付け（自立/半介助/全介助）	
感覚	ブランコや高い場所を怖がるなどの重力不安がある （はい・いいえ） 触覚（普通/過敏） 力の加減（普通/強い） 温痛覚（普通/過敏） 嗅覚（普通/過敏） 味覚：偏食（有/無） 聴覚：耳塞ぎ（有/無）・音回避（有/無）	
運動	年齢相応の運動ができない （はい・いいえ） 手先の不器用さが目立つ（ボタンのかけ外し、折り紙、はさみなど） （はい・いいえ） よく転ぶ （はい・いいえ）	

対人コミュニケーション	集団適応（孤立/1対1/小集団/中集団/大集団） 対人認知（大人/同年齢/特定の子） ごっこ遊びや物まね遊びがみられない（はい・いいえ） 表情や身振りなどで、気持ちを伝えあうことが難しい （はい・いいえ）	
言葉活用	理解言語（言語指示で理解できる/物と言葉が結びつく/動作と言葉が結びつく） 表出言語（意味のある言葉は話せない/音やイントネーションのマネをする/単語/2語文） 問いに対する応答（一方的/おうむ返し/自由な意思）	
社会適応 （不注意・衝動性・多動性・気持ちのコントロールなど）	そわそわする（はい・いいえ） 勝手に離席する（はい・いいえ） 集団活動への参加をいやがる（はい・いいえ） 勝手にしゃべる（はい・いいえ） 質問が終わらないうちに答える（はい・いいえ） 順番を待てない（はい・いいえ） 他の人がしていることを邪魔する（はい・いいえ） 不注意な間違いをする（はい・いいえ） 課題で注意集中が持続しない（はい・いいえ） 気が散りやすい（はい・いいえ） 忘れ物が多い（はい・いいえ） 勝手にルールを変える（はい・いいえ） 1番へのこだわりがみられる（はい・いいえ） 声かけ・誘い・断りが難しい（はい・いいえ） 気持ちの切り替えが難しい（はい・いいえ） 過ちに対して謝れない（はい・いいえ） 困ったときに援助を求めることが難しい（はい・いいえ） 不安が強く親から離れられない（はい・いいえ）	

備考欄（特に知ってほしいこと、気になっていること）

小学校1・2年シート
(年齢 歳 か月)

記入日 (年 月 日)
記入者 ()

学校名 () 担任名 () <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的) <input type="checkbox"/> 通級指導教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学校	
発達相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	機関名 () 担当者名 () 相談内容
医療機関受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名 () 医師名 () 薬の名前 ()
学校外で利用している所	

※お子さんの特徴や関わる人に知ってほしいことなどをお書きください。

	現状	有効な支援
基本的な生活習慣	食事の取り方 () 衣服 (自立/脱げない/着られない/ボタン不能) 洗面、入浴 (自立/半介助/全介助) 睡眠習慣 (問題なし/時々不眠/不眠) 準備 (自立/半介助/全介助) 片付け (自立/半介助/全介助) あいさつができる (はい・いいえ)	
感覚	ブランコや高い場所を怖がるなどの重力不安がある (はい・いいえ) 触覚 (普通/過敏) 力の加減 (普通/強い) 温痛覚 (普通/過敏) 嗅覚 (普通/過敏) 味覚：偏食 (有/無) 聴覚：耳塞ぎ (有/無)・音回避 (有/無)	
運動	姿勢保持 椅子からずり落ちる (はい・いいえ) バランス よく転ぶ (はい・いいえ) 手指の協調動作 手先の不器用さが目立つ (ボタン、はさみ、筆記用具等) (はい・いいえ)	
学習面	読み 文節で正しく区切って読める (はい・いいえ) 文字や行を飛ばして読む (はい・いいえ)	

<p>学習面</p>	<p>書き 板書に時間がかかる (はい・いいえ) 模写・書写が苦手 (はい・いいえ) 似ているひらがなの書き違いがある (はい・いいえ) 計算 数の大小を比較したり順序どおり並べたりするのが難しい (はい・いいえ) 計算するのにとても時間がかかる (はい・いいえ)</p>	
<p>対人コミュニケーション</p>	<p>集団適応 (孤立/1対1/小集団/中集団/大集団) 対人認知 (大人/同年齢/特定の子) 適切な対人距離 (有/無) 場に沿った挨拶や返答、質問をする (はい・いいえ) 困っている相手に声かけする (はい・いいえ) 必要に応じて相手と協力する (はい・いいえ)</p>	
<p>言葉活用</p>	<p>一方的に話す (はい・いいえ) おうむ返しが多い (はい・いいえ) 不完全な文章で話す (はい・いいえ)</p>	
<p>社会適応 (不注意・衝動性・多動性・気持ちのコントロールなど)</p>	<p>そわそわする (はい・いいえ) 勝手に離席する (はい・いいえ) 集団活動への参加をいやがる (はい・いいえ) 勝手にしゃべる (はい・いいえ) 質問が終わらないうちに答える (はい・いいえ) 順番を待てない (はい・いいえ) 他の人がしていることを邪魔する (はい・いいえ) 不注意な間違いをする (はい・いいえ) 課題で注意集中が持続しない (はい・いいえ) 気が散りやすい (はい・いいえ) 忘れ物が多い (はい・いいえ) 勝手にルールを変える (はい・いいえ) 1番へのこだわりがみられる (はい・いいえ) 声かけ・誘い・断りが難しい (はい・いいえ) 気持ちの切り替えが難しい (はい・いいえ) 過ちに対して謝れない (はい・いいえ) 困ったときに援助を求めることが難しい (はい・いいえ) 頼まれた事や役割を果たすのが難しい (はい・いいえ)</p>	

備考欄 (特に知ってほしいこと、気になっていること)

小学校3・4年シート
(年齢 歳 か月)

記入日 (年 月 日)

記入者 ()

学校名 () 担任名 () <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的) <input type="checkbox"/> 通級指導教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学校	
発達相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	機関名 () 担当者名 () 相談内容
医療機関受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名 () 医師名 () 薬の名前 ()
学校外で利用している所	

※お子さんの特徴や関わる人を知ってほしいことなどをお書きください。

	現状	有効な支援
基本的な生活習慣	食事の取り方 () 衣服 (自立/脱げない/着られない/ボタン不能) 洗面、入浴 (自立/半介助/全介助) 睡眠習慣 (問題なし/時々不眠/不眠) 準備 (自立/半介助/全介助) 片付け (自立/半介助/全介助) あいさつができる (はい・いいえ)	
感覚	ブランコや高い場所を怖がるなどの重力不安がある (はい・いいえ) 触覚 (普通/過敏) 力の加減 (普通/強い) 温痛覚 (普通/過敏) 嗅覚 (普通/過敏) 味覚：偏食 (有/無) 聴覚：耳塞ぎ (有/無)・音回避 (有/無)	
運動	姿勢保持 椅子からずり落ちる (はい・いいえ) バランス よく転ぶ (はい・いいえ) 手指の協調動作 リコーダや習字道具などを扱うことが難しい (はい・いいえ)	
学習面	読み 初めて出てきた言葉やあまり使わない言葉を読み間違える (はい・いいえ) 文字や行を飛ばして読む (はい・いいえ)	

学習面	<p>書き 板書に時間がかかる (はい・いいえ) 文字がマスや行からはみ出る (はい・いいえ) 文章を書く時、助詞を抜かず、促音、拗音の間違 が多い (はい・いいえ)</p> <p>計算 学年相応の計算式の意味が理解できない(繰 り上がり、繰り下がりなど) (はい・いいえ)</p>	
対人コミュニケーション	<p>集団適応 (孤立/1 対 1/小集団/中集団/大集団) 対人認知 (大人/同年齢/特定の子) 適切な対人距離 (有/無) 場に沿った挨拶や返答、質問をする (はい・いいえ) 困っている相手に声かけする (はい・いいえ) 必要に応じて相手と協力する (はい・いいえ)</p>	
言葉活用	<p>一方的に話す (はい・いいえ) 不完全な文章で話す (はい・いいえ) 言いたいことを筋道立てて話すことが苦手 (はい・いいえ)</p>	
社会適応 (不注意・衝動 性・多動性・気持 ちのコントロール など)	<p>そわそわする (はい・いいえ) 勝手に離席する (はい・いいえ) 集団活動への参加をいやがる (はい・いいえ) 勝手にしゃべる (はい・いいえ) 質問が終わらないうちに答える (はい・いいえ) 順番を待てない (はい・いいえ) 他の人がしていることを邪魔する (はい・いいえ) 不注意な間違いをする (はい・いいえ) 課題で注意集中が持続しない (はい・いいえ) 気が散りやすい (はい・いいえ) 忘れ物が多い (はい・いいえ) 勝手にルールを変える (はい・いいえ) 1 番へのこだわりがみられる (はい・いいえ) 声かけ・誘い・断りが難しい (はい・いいえ) 気持ちの切り替えが難しい (はい・いいえ) 過ちに対して謝れない (はい・いいえ) 困ったときに援助を求めることが難しい (はい・いいえ) 頼まれた事や役割を果たすのが難しい (はい・いいえ)</p>	

備考欄 (特に知ってほしいこと、気になっていること)

小学校5・6年シート
(年齢 歳 か月)

記入日 (年 月 日)
記入者 ()

学校名 () 担任名 () <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的) <input type="checkbox"/> 通級指導教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学校	
発達相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	機関名 () 担当者名 () 相談内容
医療機関受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名 () 医師名 () 薬の名前 ()
学校外で利用している所	

※お子さんの特徴や関わる人を知ってほしいことなどをお書きください。

	現状	有効な支援
基本的な生活習慣	衣服 (自立/ファスナー不可/蝶々結び不可) 洗面、入浴 (自立/半介助/全介助) 睡眠習慣 (問題なし/時々不眠/不眠) 準備 (自立/半介助/全介助) 片付け (自立/半介助/全介助) あいさつができる (はい・いいえ) 交通ルールを守り安全に自転車に乗る (はい・いいえ) 靴の紐が結べる (はい・いいえ)	
感覚	触覚 (普通/過敏) 力の加減 (普通/強い) 温痛覚 (普通/過敏) 嗅覚 (普通/過敏) 味覚: 偏食 (有/無) 聴覚: 耳塞ぎ (有/無)・音回避 (有/無) 似た文字を区別できない (はい・いいえ) 文字や図形を見間違える (はい・いいえ)	
運動	姿勢保持 椅子からずり落ちる (はい・いいえ) バランス よく転ぶ (はい・いいえ) 手指の協調動作 リコーダや習字道具などを扱うことが難しい (はい・いいえ)	
学習面	読み 音読がゆっくり (はい・いいえ)	

<p style="text-align: center;">学習面</p>	<p>文字や行を飛ばして読む (はい・いいえ)</p> <p>書き 板書に時間がかかる (はい・いいえ)</p> <p>字がマスや行からはみでる (はい・いいえ)</p> <p>文章を書く時、助詞を抜かす、促音、拗音の間違 いが多い (はい・いいえ)</p> <p>計算 文章題を解くのが難しい (はい・いいえ)</p>	
<p style="text-align: center;">対人コミュニケーション</p>	<p>集団適応 (孤立/1対1/小集団/中集団/大集団)</p> <p>対人認知 (大人/同年齢/特定の子)</p> <p>適切な対人距離 (有/無)</p> <p>場に沿った挨拶や返答、質問をする (はい・いいえ)</p> <p>困っている相手に声かけする (はい・いいえ)</p> <p>必要に応じて相手と協力する (はい・いいえ)</p>	
<p style="text-align: center;">言葉活用</p>	<p>場に合った言葉使える (はい・いいえ)</p> <p>一方的に話す (はい・いいえ)</p> <p>言いたいことを筋道立てて話すことが苦手 (はい・いいえ)</p>	
<p style="text-align: center;">社会適応 (不注意・衝動 性・多動性・気持 ちのコントロール など)</p>	<p>そわそわする (はい・いいえ)</p> <p>勝手に離席する (はい・いいえ)</p> <p>集団活動への参加をいやがる (はい・いいえ)</p> <p>勝手にしゃべる (はい・いいえ)</p> <p>質問が終わらないうちに答える (はい・いいえ)</p> <p>順番を待てない (はい・いいえ)</p> <p>他の人がしていることを邪魔する (はい・いいえ)</p> <p>不注意な間違いをする (はい・いいえ)</p> <p>課題で注意集中が持続しない (はい・いいえ)</p> <p>気が散りやすい (はい・いいえ)</p> <p>忘れ物が多い (はい・いいえ)</p> <p>勝手にルールを変える (はい・いいえ)</p> <p>1番へのこだわりがみられる (はい・いいえ)</p> <p>声かけ・誘い・断りが難しい (はい・いいえ)</p> <p>気持ちの切り替えが難しい (はい・いいえ)</p> <p>過ちに対して謝れない (はい・いいえ)</p> <p>困ったときに援助を求めることが難しい (はい・いいえ)</p> <p>頼まれた事や役割を果たすのが難しい (はい・いいえ)</p>	

備考欄 (特に知ってほしいこと、気になっていること)

中学 年生シート
(年齢 歳 か月)

記入日 (年 月 日)

記入者 ()

学校名 () 担任名 () <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 自閉・情緒 <input type="checkbox"/> 知的) <input type="checkbox"/> 通級指導教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学校	
発達相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	機関名 () 担当者名 () 相談内容
医療機関受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名 () 医師名 () 薬の名前 ()
学校外で利用している所	

※お子さんの特徴や関わる人にとってほしいことなどをお書きください。

	現状	有効な支援
基本的な生活習慣	睡眠習慣 (問題なし/時々不眠/不眠) 準備 (自立/半介助/全介助) 片付け (自立/半介助/全介助) スケジュール管理ができる 優先順位がつけられる 買い物ができる あいさつができる 交通ルールを守り安全に自転車に乗る 靴紐が結べる	
感覚	触覚 (普通/過敏) 力の加減 (普通/強い) 温痛覚 (普通/過敏) 嗅覚 (普通/過敏) 味覚: 偏食 (有/無) 聴覚: 耳塞ぎ (有/無)・音回避 (有/無) 似た文字を区別できない (はい・いいえ) 文字や図形を見間違える (はい・いいえ)	
運動	姿勢保持、バランス、手指の協調動作など	

<p>学習面</p>	<p>読み 音読が遅い (はい・いいえ) 文字や行を飛ばして読む (はい・いいえ) 書き 板書に時間がかかる (はい・いいえ) 文字がマスや行からはみ出る (はい・いいえ) 文章を書く時、助詞を抜かす、促音、拗音の間違 いが多い (はい・いいえ) 計算 文章題を解くのが難しい (はい・いいえ)</p>	
<p>対人コミュニケーション</p>	<p>集団適応 (孤立/1対1/小集団/中集団/大集団) 対人認知 (大人/同年齢/特定の子) 適切な対人距離 (有/無) 場に合った挨拶や返答、質問をする (はい・いいえ) 困っている相手に声かけする (はい・いいえ) 必要に応じて相手と協力する (はい・いいえ)</p>	
<p>言葉活用</p>	<p>一方的に話す (はい・いいえ) 敬語が使える (はい・いいえ) 場に合った言葉が使える (はい・いいえ)</p>	
<p>社会適応 (不注意・衝動 性・多動性・気持 ちのコントロール など)</p>	<p>そわそわする (はい・いいえ) 勝手に離席する (はい・いいえ) 集団活動への参加をいやがる (はい・いいえ) 勝手にしゃべる (はい・いいえ) 質問が終わらないうちに答える (はい・いいえ) 順番を待てない (はい・いいえ) 他の人がしていることを邪魔する (はい・いいえ) 不注意な間違いをする (はい・いいえ) 課題で注意集中が持続しない (はい・いいえ) 気が散りやすい (はい・いいえ) 忘れ物が多い (はい・いいえ) 勝手にルールを変える (はい・いいえ) 1番へのこだわりがみられる (はい・いいえ) 声かけ・誘い・断りが難しい (はい・いいえ) 気持ちの切り替えが難しい (はい・いいえ) 過ちに対して謝れない (はい・いいえ) 困ったときに援助を求めることが難しい (はい・いいえ) 頼まれた事や役割を果たすのが難しい (はい・いいえ)</p>	

備考欄 (特に知ってほしいこと、気になっていること)

