

幼児期シート（就学前）（年齢： 歳 か月）

記入者 _____

記入日 _____

園名（ _____ ） 担任名（ _____ ） 加配 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
福祉サービスの 利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所名 _____ 利用期間 _____ 支援内容 個別・集団	
	_____ 歳 か月 ～ _____ 歳 か月 個別・集団	
	_____ 歳 か月 ～ _____ 歳 か月 個別・集団	
	_____ 歳 か月 ～ _____ 歳 か月 個別・集団	
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 手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名（ _____ ） 医師名（ _____ ） 薬の名前（ _____ ） 手帳の種類（ _____ ）	
	現 状	備 考
基本的 生活習慣	<ul style="list-style-type: none"> • 食事のとり方（ _____ ） • 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・ファスナー不能） • 洗面、入浴（自立/半介助/全介助） • 睡眠習慣（夜泣き：有・無） • 準備（自立/半介助/全介助） • 片付け（自立/半介助/全介助） 	
感 覚	<ul style="list-style-type: none"> • ブランコや高いところを怖がる _____（はい・いいえ） • 触覚{ベタベタしたもの（泥や粘土など）を嫌がる：有・無 } • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 次の運動ができる（片足ケンケン・スキップ・両足とび・ _____ 三輪車に乗る） • 次の作業ができる （ボタンかけ・角を合わせて折り紙が折れる・○をハサミで切れる） • 段差のないところでよく転ぶ _____（はい・いいえ） 	

	<ul style="list-style-type: none"> ・次の行動ができる (30分椅子に座って話が聞ける・体操すわり 10分程度できる) 	
対人関係	<ul style="list-style-type: none"> ・遊びの様子 (1人遊び・集団で遊ぶ・ごっこ遊び・物まね遊び・大人と遊ぶ・同年齢の子と遊ぶ・年下と遊ぶ・特定の子と遊ぶ) ・表情や身振りで、気持ちを伝える (はい・いいえ) 	
言語活用	<ul style="list-style-type: none"> ・言語理解 (言語指示だけで理解できる) (はい・いいえ) ・表出言語 [意味のある言葉は話せない/音を真似する/単語のみ/2語文 (ワンワきた、マンマちょうだい) /文章で表出できる] ・問いに対する応答 [はい・いいえ (一方的/オウム返し)] 	
社会適応	<ul style="list-style-type: none"> ・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話す (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番へのこだわりがある (はい・いいえ) ・声掛け、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) ・困った時に助け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)