

小学校就学相談 保護者聞き取りシート②

生活面

<生活リズム>

①睡眠について、当てはまるものすべてにチェックをいれてください。

<input type="checkbox"/> 寝るのが遅い (就寝時間 時)	<input type="checkbox"/> 途中で何度も目が覚める・夜泣きがある
<input type="checkbox"/> 起きるのが遅い(起床時間 時)	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> (寝つき・寝起き)の悪さがある	<input type="checkbox"/> 睡眠時の困り感はない

<食事>

①普段の食べ方について、当てはまるものすべてにチェックをいれてください。

<input type="checkbox"/> 手掴み	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> 補助箸	<input type="checkbox"/> 箸
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	----------------------------

②普段の食事の様子について、当てはまるものすべてにチェックをいれてください。

<input type="checkbox"/> 大人の手伝いが必要	<input type="checkbox"/> こぼさずにひとりで食事ができる
<input type="checkbox"/> 食事の間最後まで着席できる	<input type="checkbox"/> 箸で小さい物をつまむことができる

<着替え>

①普段の着替えの様子について、一番近いもの一つにチェックをいれてください。

<input type="checkbox"/> 大人が着替えさせている	<input type="checkbox"/> 前後は気にしないがある程度一人で着る
<input type="checkbox"/> 大人の手伝いに合わせて手や足を差し出す	<input type="checkbox"/> 前後を意識して着る

<排泄>

①普段のトイレの様子について一番近いもの一つにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> おむつ着用( 普段から・排便時・就寝時・他: )	
<input type="checkbox"/> 大人の手伝いが必要(具体的に: )	<input type="checkbox"/> ひとりでできる

①-2 ①の問いで「おむつ着用」にチェックを入れた方のみ、当てはまるものに○してください。

・排泄後に発信が ( いつもできる・ときどきできる・できない )

・尿意・便意の発信が( いつもできる・ときどきできる・できない )

②排泄について、お子さんがひとりでできることにすべてチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> トイレで排尿できる	<input type="checkbox"/> トイレで排便できる
<input type="checkbox"/> 排便後拭くことができる	<input type="checkbox"/> 家以外の場所(園 / デパート)で排泄できる

<生活面全般で心配なこと、学校に伝えたいこと>

運動面

<粗大運動>

<微細運動>

①運動面でお子さんがひとりでできることにすべてチェックを入れてください

<input type="checkbox"/> 階段昇降 ( 手すり要 / 不要 )	<input type="checkbox"/> 積み木を積む( ~2個 / ~5個 / 5個以上 )
<input type="checkbox"/> その場ジャンプ ( 両足 / 片足 )	<input type="checkbox"/> ハサミ ( 切る / 線に沿って切る / 切り抜く )
<input type="checkbox"/> 片足立ち	<input type="checkbox"/> ひも結び ( 片結び / 固結び / 蝶結び )
<input type="checkbox"/> ケンケン	<input type="checkbox"/> 鉛筆を正しく持つ
<input type="checkbox"/> スキップ	<input type="checkbox"/> 人の絵を描く ( 頭足人 / 頭・胴・手足が分化 )

<運動面全般で心配なこと、学校に伝えたいこと>

## 感覚面

①感覚面でお子さんが気になることがあればチェックし、()内の当てはまるものに○してください。

- |                          |                                   |               |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 苦手な感覚がある(音・光・臭い・感触・食感・他:          | )             |
| <input type="checkbox"/> | 偏食がある(具体的に:                       | )→給食の配慮(要・不要) |
| <input type="checkbox"/> | 求めすぎる(好きすぎる)感触がある(タオル・ボタン・水・回転・他: | )             |
| <input type="checkbox"/> | 気づきづらい感覚がある(寒暖・痛み・疲労・眠気・他:        | )             |
| <input type="checkbox"/> | 癖がある(爪かみ・チック・他:                   | )             |

<感覚面全般で心配なこと、学校に伝えたいこと>

## 理解面

<発語・発音>

①意味のある言葉の発語の状況について一番近いものにチェックをいれてください。

- |                          |             |                          |             |                          |                |                          |    |
|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | ない(発声/喃語など) | <input type="checkbox"/> | 単語(ママ/パパなど) | <input type="checkbox"/> | 2~3語文(ママトッテなど) | <input type="checkbox"/> | 文章 |
|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----|

①-2 ①の問いで「ない」または「単語」に○をつけた方のみ、当てはまるものすべてにチェックを入れてください。

- |                          |                       |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 呼名への反応がある(振り向く・拳手・ハイ) | <input type="checkbox"/> | 要求/拒否の発信がある(ジェスチャー・クレーン・発声) |
| <input type="checkbox"/> | 喃語(「ままま…」「ばばば…」など)がある | <input type="checkbox"/> | 動作の模倣(バイバイ/パチパチなど)がある       |

②人に聞かれたときにお子さんが一人で答えられるものすべてにチェックを入れてください。

- |                          |    |                          |    |                          |     |                          |         |                          |      |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|---------|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | 姓名 | <input type="checkbox"/> | 年齢 | <input type="checkbox"/> | 誕生日 | <input type="checkbox"/> | 父(母)の名前 | <input type="checkbox"/> | 家族構成 |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|---------|--------------------------|------|

③お子さんの発音について、当てはまるものすべてにチェックを入れてください。

- |                          |                         |                          |                  |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | 発音の不明瞭さがある              | <input type="checkbox"/> | 幼児音(イス→イシュなど)がある |
| <input type="checkbox"/> | 音の置換(トロ→トロロなど)がある       | <input type="checkbox"/> | 他(具体的に: )        |
| <input type="checkbox"/> | 吃音(ぼ、ぼ、ぼくは…/ぼーくは…など)がある | <input type="checkbox"/> | 特に気になることはない      |

<ことば・会話>

①普段の会話の様子で見られることすべてにチェックを入れてください。

- |                          |                           |                          |                             |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 助詞の使い分けが曖昧(「おちやがちょうだい」など) | <input type="checkbox"/> | しりとりルールが分かっていない・続かない        |
| <input type="checkbox"/> | 今日あった出来事や経験したことを自ら話さない    | <input type="checkbox"/> | 主客の逆転が見られる(「ちょうだい」→「どうぞ」など) |
| <input type="checkbox"/> | 話の時系列が分かりづらい              | <input type="checkbox"/> | 主語や目的語、助詞などが抜けやすい           |

<文字>

① ひらがなの理解(読み書き)について、それぞれ一番近いものにチェックをいれてください。

- | 読み                       | 書き                       |                | 読み                       | 書き                       |            |
|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 興味はまだない or 練習中 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10文字程度はできる |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 自分の名前はできる      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 半分以上できる    |

<数>

①数の理解について、当てはまるものすべてにチェックし、()内の当てはまるものに○してください。

- |                          |                              |                          |            |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 数への興味はまだない                   | <input type="checkbox"/> | 「半分」がわかる   |
| <input type="checkbox"/> | 数を数えられる(3まで・10まで・10以上)       | <input type="checkbox"/> | 簡単な足し算ができる |
| <input type="checkbox"/> | 「〇個ちょうだい」で渡せる(3まで・10まで・10以上) |                          |            |

<理解面全般で心配なこと、学校に伝えたいこと>

生活面

<生活リズム>

①睡眠について、当てはまるものすべてにチェックをいれてください。

<input type="checkbox"/> 寝るのが遅い (就寝時間 時)	<input checked="" type="checkbox"/> 途中で何度も目が覚める・夜泣きがある
<input type="checkbox"/> 起きるのが遅い(起床時間 時)	<input checked="" type="checkbox"/> その他( 睡眠障害の診断有り )
<input checked="" type="checkbox"/> ( <u>寝つき</u> ・寝起き )の悪さがある	<input type="checkbox"/> 睡眠時の困り感はない

<食事>

①普段の食べ方について、当てはまるものすべてにチェックをいれてください。

<input type="checkbox"/> 手掴み	<input type="checkbox"/> スプーン	<input checked="" type="checkbox"/> フォーク	<input checked="" type="checkbox"/> 補助箸	<input checked="" type="checkbox"/> 箸
------------------------------	-------------------------------	--	---	---------------------------------------

②普段の食事の様子について、当てはまるものすべてにチェックをいれてください。

<input type="checkbox"/> 大人の手伝いが必要	<input checked="" type="checkbox"/> こぼさずにひとりで食事ができる
<input checked="" type="checkbox"/> 食事の間最後まで着席できる	<input type="checkbox"/> 箸で小さい物をつまむことができる

<着替え>

①普段の着替えの様子について、一番近いもの一つにチェックをいれてください。

<input type="checkbox"/> 大人が着替えさせている	<input checked="" type="checkbox"/> 前後は気にしないがある程度一人で着る
<input type="checkbox"/> 大人の手伝いに合わせて手や足を差し出す	<input type="checkbox"/> 前後を意識して着る

<排泄>

①普段のトイレの様子について一番近いもの一つにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> おむつ着用( 普段から ・ 排便時 ・ 就寝時 ・ 他: )	
<input checked="" type="checkbox"/> 大人の手伝いが必要	<input type="checkbox"/> ひとりでできる

①-2 ①の問いで「おむつ着用」にチェックを入れた方のみ、当てはまるものに○してください。

・排泄後に発信が ( いつもできる ・ ときどきできる ・ できない )

・尿意・便意の発信が( いつもできる ・ ときどきできる ・ できない )

②排泄について、お子さんがひとりでできることにすべてチェックを入れてください。

<input checked="" type="checkbox"/> トイレで排尿できる	<input checked="" type="checkbox"/> トイレで排便できる
<input checked="" type="checkbox"/> 排便後拭くことができる	<input type="checkbox"/> 家以外の場所(園 / デパート)で排泄できる

<生活面全般で心配なこと、学校に伝えたいこと>

食事はメインが補助箸でお箸は練習中。着替えは途中で飽きる/不器用のため時間がかかるので園では個別の声掛けをしてもらっている。排泄時、家以外のトイレでは降りる際に手伝いが必要。

運動面

<粗大運動>

<微細運動>

①運動面でお子さんがひとりでできることにすべてチェックを入れてください

<input checked="" type="checkbox"/> 階段昇降 ( <u>手すり要</u> / 不要 )	<input checked="" type="checkbox"/> 積み木を積む( ~2個 / <u>~5個</u> / 5個以上 )
<input checked="" type="checkbox"/> その場ジャンプ ( <u>両足</u> / <u>片足</u> )	<input checked="" type="checkbox"/> ハサミ ( 切る / <u>線に沿って</u> 切る / 切り抜く )
<input checked="" type="checkbox"/> 片足立ち	<input type="checkbox"/> ひも結び ( 片結び / 固結び / 蝶結び )
<input checked="" type="checkbox"/> ケンケン	<input type="checkbox"/> 鉛筆を正しく持つ
<input type="checkbox"/> スキップ	<input checked="" type="checkbox"/> 人の絵を描く ( <u>顔足入</u> / 頭・胴・手足が分化 )

<運動面全般で心配なこと、学校に伝えたいこと>

- ・鉛筆は握り持ちになりやすい (練習中です)。
- ・手先が不器用なため時間がかかることがある。見通しを伝えてほしい。

## 感覚面

①感覚面でお子さんが気になることがあればチェックし、()内の当てはまるものに○してください。

- |                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/>            | 苦手な感覚がある(音・光・臭い・感触・食感・他:                     | ) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 偏食がある(具体的に:生野菜、すじのあるお肉、初めて食べるもの)→給食の配慮(要・不要) | ) |
| <input type="checkbox"/>            | 求めすぎる(好きすぎる)感触がある(タオル・ボタン・水・回転・他:            | ) |
| <input type="checkbox"/>            | 気づきづらい感覚がある(寒暖・痛み・疲労・眠気・他:                   | ) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 癖がある(爪かみ・ <u>ツツ</u> ・他:                      | ) |

<感覚面全般で心配なこと、学校に伝えたいこと>

・給食は食べられるものが限られているので、どうしても苦手なものは一口だけなど、量が調節できるとありがたいです。

## 理解面

<発語・発音>

①意味のある言葉の発語の状況について一番近いものにチェックをいれてください。

- |                          |             |                          |             |                          |                |                                     |    |
|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | ない(発声/喃語など) | <input type="checkbox"/> | 単語(ママ/パパなど) | <input type="checkbox"/> | 2~3語文(ママトッテなど) | <input checked="" type="checkbox"/> | 文章 |
|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|----|

①-2 ①の問いで「ない」または「単語」に○をつけた方のみ、当てはまるものすべてにチェックを入れてください。

- |                          |                       |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 呼名への反応がある(振り向く・拳手・ハイ) | <input type="checkbox"/> | 要求/拒否の発信がある(ジェスチャー・クレーン・発声) |
| <input type="checkbox"/> | 喃語(「ままま…」「ばばば…」など)がある | <input type="checkbox"/> | 動作の模倣(バイバイ/パチパチなど)がある       |

②人に聞かれたときにお子さんが一人で答えられるものすべてにチェックを入れてください。

- |                                     |    |                                     |    |                                     |     |                                     |         |                          |      |
|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|---------|--------------------------|------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 姓名 | <input checked="" type="checkbox"/> | 年齢 | <input checked="" type="checkbox"/> | 誕生日 | <input checked="" type="checkbox"/> | 父(母)の名前 | <input type="checkbox"/> | 家族構成 |
|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|---------|--------------------------|------|

③お子さんの発音について、当てはまるものすべてにチェックを入れてください。

- |                                     |                         |                                     |                  |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 発音の不明瞭さがある              | <input checked="" type="checkbox"/> | 幼児音(イス→イシュなど)がある |
| <input type="checkbox"/>            | 音の置換(トロ→トロロなど)がある       | <input type="checkbox"/>            | 他(具体的に: )        |
| <input type="checkbox"/>            | 吃音(ぼ、ぼ、ぼくは…/ぼーくは…など)がある | <input type="checkbox"/>            | 特に気になることはない      |

<ことば・会話>

①普段の会話の様子で見られることすべてにチェックを入れてください。

- |                                     |                           |                                     |                             |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 助詞の使い分けが曖昧(「おちやがちょうだい」など) | <input checked="" type="checkbox"/> | しりとりルールが分かっていない・続かない        |
| <input type="checkbox"/>            | 今日あった出来事や経験したことを自ら話さない    | <input checked="" type="checkbox"/> | 主客の逆転が見られる(「ちょうだい」→「どうぞ」など) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 話の時系列が分かりづらい              | <input checked="" type="checkbox"/> | 主語や目的語、助詞などが抜けやすい           |

<文字>

① ひらがなの理解(読み書き)について、それぞれ一番近いものにチェックをいれてください。

- | 読み                       | 書き                                  |                | 読み                                  | 書き                       |            |
|--------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 興味はまだない or 練習中 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10文字程度はできる |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 自分の名前ができる      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 半分以上できる    |

<数>

①数の理解について、当てはまるものすべてにチェックし、()内の当てはまるものに○してください。

- |                                     |                                      |                          |            |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/>            | 数への興味はまだない                           | <input type="checkbox"/> | 「半分」がわかる   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 数を数えられる(3まで・10まで <u>10以上</u> )       | <input type="checkbox"/> | 簡単な足し算ができる |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 「〇個ちょうだい」で渡せる(3まで・10まで <u>10以上</u> ) |                          |            |

<理解面全般で心配なこと、学校に伝えたいこと>

文字への興味がない。一斉指示だけだと自分に言われているのか分からない時がある(園では加配がついて個別指示を出してくれている)。興味がないと離席する。