

【児童発達支援事業 申込時アンケート】

記入日 令和 年 月 日

児童氏名				手帳の有無	なし・あり ()手帳 ()度・級	
現在の学年	1	2	3		4	歳児
児童発達支援事業所利用	なし・通っている・利用予定あり 名称()			発達の病院	なし・あり()病院 ・診察・訓練の頻度をご記入ください。 ()	
当てはまる数字に○をしてください。			ほぼ ない	たまに 週1	時々 週2,3	ほぼ 毎日
特定の順番・やり方・物へのこだわりが強く、変化を嫌がる。			0	1	2	3
他人や自分を叩く・つねる・噛む、物を壊すなどの行動がある			0	1	2	3
じっとしてられない・走り回る。			0	1	2	3
声かけしても反抗的な態度をとる。			0	1	2	3
話を最後まで聞けない。集中が続かない。			0	1	2	3
人とのやり取りが少ない。自分の要求や気持ちを伝えようとしない。			0	1	2	3
自分から動いたり、遊んだりせず、声をかけないと行動を始めない。			0	1	2	3
突然走り出したり、高い所に登るなど危ない行動をする。			0	1	2	3
食べ物でない物を口に入れる。			0	1	2	3
大きな声をあげる・突然叫ぶ。理由なく泣くことがある。			0	1	2	3
(生活)着脱動作は手助けが必要。			0	1	2	3
(生活)トイレで排泄ができない。予告・報告をしない。			0	1	2	3
(生活)食事は介助が必要。偏食が強い。			0	1	2	3
(園で)集団での活動を嫌がる・活動に入りづらい・離れてしまう。			0	1	2	3
(園で)クラスの部屋から出てしまう。			0	1	2	3
(園で)他児や先生に手が出る。			0	1	2	3
(医療)医療的な配慮が必要。診断を受けている病気がある。(てんかん・心疾患など)						
(自由記入欄)						