

はじめて相談する方へのご案内

1. 当日の持ち物

- ① 『はじめて相談する方に』（初回面接のための事前記入用紙）
- ② 母子手帳

2. 当日の内容

- ・保護者の方にはお子さまの様子について詳しくお話を伺います。お子さまには、同室または別室で別の職員がやりとりや行動観察を行います。所要時間は60～90分程度です。

※3歳以上のお子さまには、発達検査（職員が検査用具を使ってやりとりすることで、発達の見立てを行います）を取ることがあります。

お子さまには、「先生とお勉強したり、クイズしたりするんだよ」とお伝えください。

検査結果のお渡し（フィードバック面接）は、初回面接の翌月以降です。

3. 来館後の流れ

- ・面接開始5～10分前にご来館ください。
- ・建物に入ったら1階にある受付に「品川児童学園に来ました、〇〇です」とお名前をお伝えください。その後職員がお迎えに参ります。職員がお迎えに行くまで、そのままお待ちください。
- ・検温および来館表への記入をお願いします。体温が37.5度を超えている場合は、（お子さまの体調面を考慮して）当日の面接は中止とし、再度日程調整となります。

4. 注意事項

- ・日程変更のご相談や体調不良等は、早めにご連絡をお願いします。（03-6718-4460）

<アクセス方法>

■所在地

品川区南品川3-7-7 障害児者総合支援施設

■電車をご利用の場合

- ① 京急線 青物横丁駅から徒歩5分
- ② りんかい線 品川シーサイド駅から徒歩8分

■バスをご利用の場合

都営バス『八潮パークタウン行き』です。

- ① 井92系統：大井町駅東口より所要時間約5分、
『青物横丁』下車徒歩6分
- ② 品91系統：品川駅港南口より所要時間約20分、
『都立産業技術高専キャンパス前』下車徒歩3分

■車をご利用の場合：専用駐車場のご用意がありませんので、近隣のパーキングをご利用ください。

■自転車をご利用の場合：敷地内の自転車置き場をご利用ください。



はじめて相談する方に

記入日 R 年 月 日

*記入できるところだけで結構です。ご協力お願い致します。

記入者 (父 ・ 母)

ふりがな 児童名 (男・女)	<生年月日> 年 月 日(歳 ヶ月)
	<基礎集団> 幼稚園・保育園
<住所> 〒 品川区	<連絡先> <電話番号> <登録者> 優先順位①() () 優先順位②() () 優先順位③() ()
当室のことはどこでお知りになりましたか? ()	

【1】お子さんの発達や行動について、相談したいことを具体的にお書きください。

(いつから、どのような状態が続いているか、など)

【2】同居のご家族についてお書きください。

続柄	氏名	生年月日 (年齢)	職業・学校・園名・その他
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	

【3】祖父母について

<父方ご実家> 所在地: _____ 会う頻度: _____

<母方ご実家> 所在地: _____ 会う頻度: _____

【4】生育の状況について、[]内のあてはまるものに☑を付け、()内に詳細をお書きください。

<妊娠中・出生・新生児・乳児の各時期>

・妊娠について [<input type="checkbox"/> 自然妊娠 ・ <input type="checkbox"/> 不妊治療 (治療期間や妊娠方法)]
・妊娠中に心配な点や、切迫・入院などの経験はありましたか。 [<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ] →「はい」に☑を付けた方は詳細をお書きください。(妊娠 週頃に、)
・出生した病院はどちらですか。(病院)
・在胎数と出生体重はいくつですか。(週 g)
・分娩はどのような状況でしたか。 [<input type="checkbox"/> 普通分娩 ・ <input type="checkbox"/> 帝王切開 ・ <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 ・ <input type="checkbox"/> 吸引分娩 ・ <input type="checkbox"/> 他()] →普通分娩以外の方は理由を教えてください。()
・新生児期に特別なケア (黄疸の光線治療・保育器等) を受けましたか。 [<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ] →「はい」に☑を付けた方は詳細を教えてください。()
・哺乳状況について教えてください。 [<input type="checkbox"/> 母乳 ・ <input type="checkbox"/> ミルク ・ <input type="checkbox"/> 混合]
・いつまであげていましたか。 [母乳 (歳 ヶ月まで) ・ ミルク (歳 ヶ月まで)]
・母乳やミルクを吸う力はどうか。 [<input type="checkbox"/> 強い ・ <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 弱い]
・離乳食の開始と終了時期を教えてください。(開始 ヶ月～ 歳 ヶ月頃終了)
・あやすとよく笑いましたか。 [<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない]
・夜泣きをして困ったことはありますか。 [<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない]
・抱っこしにくいと感じたことはありますか。 [<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない]
・人見知りをした時期がありますか。 [<input type="checkbox"/> はい (ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない]
・お母さんやお父さんの後追いをした時期がありますか。 [<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない]
・視線が合いにくいと感じたことがありますか。 [<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない]
・指差しがみられましたか。 [<input type="checkbox"/> はい (歳 ヶ月頃) ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> どちらともいえない]
・初めて意味のある言葉を話したのはいつですか。(マンマ・ブーブー等)(歳 ヶ月頃に「 」)
・初めて2つの言葉を繋げて話したのはいつですか。(「わんわん いた」等) (歳 ヶ月頃)

<運動の発達>

首すわり	歳 ヶ月	寝返り	歳 ヶ月	お座り	歳 ヶ月
はいはい	歳 ヶ月	つかまり立ち	歳 ヶ月	つたい歩き	歳 ヶ月
ひとり歩き	歳 ヶ月				

<健康面>

・かかりつけの病院を教えてください。(病院名/主治医:)
・先天的な疾患はありますか。 [<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ] →「はい」に☑をつけた方は詳細を教えてください。(歳 ヶ月頃に)
・今までに、ひきつけ・痙攣等を起こしたことはありますか。 [<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ] →「はい」に☑をつけた方は詳細を教えてください。(歳 ヶ月頃に)
・脳波やMRI等の特別な検査を受けたことはありますか。 [<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ] →「はい」に☑をつけた方は詳細を教えてください。(歳 ヶ月頃に)
・大きな怪我や病気、入院をしたことはありますか。 [<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ] →「はい」に☑をつけた方は詳細を教えてください。(歳 ヶ月頃に)
・聴力や視力の問題を指摘されたことはありますか。 [<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ] →「はい」に☑をつけた方は詳細を教えてください。(歳 ヶ月頃に)

・中耳炎になったことはありますか。 →「はい」に☑をつけた方は詳細を教えてください。(歳 ヶ月頃に)	[<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ]
・特別に処方されている薬はありますか。 →「はい」に☑をつけた方は詳細を教えてください。(歳 ヶ月頃に)	[<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ]
・アレルギーはありますか。 →「はい」に☑をつけた方は詳細を教えてください。(歳 ヶ月頃に)	[<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ]

【現在の様子】(あてはまるものに☑をつけ、() 内に詳細をお書きください。)

【5】お子さんの性格について

<input type="checkbox"/> 明るい	<input type="checkbox"/> 大人しい	<input type="checkbox"/> 気が強い	<input type="checkbox"/> 甘えん坊	<input type="checkbox"/> 自立心が強い
<input type="checkbox"/> 一人でも平気	<input type="checkbox"/> 神経質	<input type="checkbox"/> 受け身	<input type="checkbox"/> 怒りっぽい	<input type="checkbox"/> 好奇心旺盛
<input type="checkbox"/> こわがり	<input type="checkbox"/> おしゃべり	<input type="checkbox"/> 真面目すぎる	<input type="checkbox"/> 慎重	<input type="checkbox"/> 頑固
<input type="checkbox"/> 優しい	<input type="checkbox"/> 動きが多い	<input type="checkbox"/> 頑固	<input type="checkbox"/> あきっぽい	<input type="checkbox"/> 積極的
<input type="checkbox"/> 癩癩持ち	<input type="checkbox"/> 切り替えが悪い	<input type="checkbox"/> 衝動的(道路へ飛び出す、すぐに物を触るなど)		
<input type="checkbox"/> 固執しやすい	<input type="checkbox"/> その他()			

【6】お子さんの言葉の発達について

<input type="checkbox"/> 大人の手を持って伝える	<input type="checkbox"/> 身振りで伝える(手を合わせる・頷くなど)	<input type="checkbox"/> 身振りで伝える(手を合わせる・頷くなど)	<input type="checkbox"/> 指をさして伝える
<input type="checkbox"/> 大人の発声を真似する	<input type="checkbox"/> 大人の言葉を真似する	<input type="checkbox"/> 大人の身振りを真似する	
<input type="checkbox"/> 発声の段階(あー/うー など)	<input type="checkbox"/> 喃語(話すまね(だだ/まんま)など)	<input type="checkbox"/> 単語を話す	<input type="checkbox"/> 2語文を話す(赤いブーブ / 帽子あった / あっち行く など)
<input type="checkbox"/> 名詞が少ない	<input type="checkbox"/> 動詞が言える	<input type="checkbox"/> 形容詞が言える	<input type="checkbox"/> 助詞が言える(～が/～を/～に/～の など)
<input type="checkbox"/> 言葉だけでやりとりを楽しめる	<input type="checkbox"/> 一方的な印象がある	<input type="checkbox"/> 出来事の報告をする	<input type="checkbox"/> 過去の話をする
<input type="checkbox"/> 未来の話をする	<input type="checkbox"/> 言葉だけで指示が理解できる	<input type="checkbox"/> 発音の不明瞭さがある(具体例(サ行がタ行になるなど))	
<input type="checkbox"/> 平仮名を読める	<input type="checkbox"/> 平仮名を書ける	<input type="checkbox"/> カタカナを読める	<input type="checkbox"/> カタカナを書ける
<input type="checkbox"/> 数字を読める	<input type="checkbox"/> 数字を書ける	<input type="checkbox"/> 漢字を読める	<input type="checkbox"/> 漢字を書ける
<input type="checkbox"/> 吃音がある【 <input type="checkbox"/> 話し出す言葉の最初の音を繰り返す / <input type="checkbox"/> 話し出す言葉の最初の音を引きのぼす <input type="checkbox"/> 話し出すときに苦しようにする <input type="checkbox"/> その他()】			

【7】生活面について

排泄	<input type="checkbox"/> 一人で行く・ <input type="checkbox"/> 「でそう」と言う・ <input type="checkbox"/> 「でた」と言う・ <input type="checkbox"/> 大人が時間で促す・ <input type="checkbox"/> オムツ使用
洋服の着脱	<input type="checkbox"/> 一人で可能・ <input type="checkbox"/> 大人の手助けがあって着替えようとする・ <input type="checkbox"/> 大人に着替えさせてもらう
食事	食事時間： <input type="checkbox"/> 不規則・ <input type="checkbox"/> 規則的(朝食： 時頃 / 昼食： 時頃 / 夕食： 時頃)
食べ方	<input type="checkbox"/> 一人で食べる(<input type="checkbox"/> 箸 ・ <input type="checkbox"/> スプーン ・ <input type="checkbox"/> フォーク ・ <input type="checkbox"/> 手づかみ) <input type="checkbox"/> 手助けで食べようとする・ <input type="checkbox"/> 食べようとしない
偏食	<input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある(具体例：)

【10】他機関への相談について

①健診はどこで実施していますか。（品川保健センター ・大井保健センター ・荏原保健センター）

②実施した健診は（1歳半健診 ・2歳児歯科健診 ・3歳児健診 ）

③保健センターで健診日以外に相談をしたことがありますか。

ない ・ある（相談時期や内容）

④保健センター以外の場所で相談をしたことがあれば教えてください。

機関名：（）

相談時期：（）

相談内容：（）

アドバイスされた内容：（）

【11】お子さんの発達等について相談できる人はいますか。

両親間 ・友人 ・基礎集団 ・お子さんの祖父母 ・かかりつけ医

その他（）

【12】お子さんにどのように育ててほしいと思っているか教えてください。

<お母様>

（）

<お父様>

（）

【13】当室への期待やサービスのご希望などがありましたら教えてください。

定期的に相談したい ・関わり方のアドバイスがほしい ・保育園や幼稚園と連携してほしい

療育の必要性を知りたい ・具体的な療育先を知りたい ・医療機関について相談したい

その他（）

【個人情報の取り扱いについて】

保護者の同意なく外部へ情報が出ることはありませんが、以下の場合には情報提供をさせていただくことがありますので、予めご了承ください。ご不明点やご心配なことがありましたらお問合せください。

・紹介状を持参の場合は紹介元へご連絡させていただきます。

・療育利用のための『受給者証発行』の際は品川区役所障害者支援課へ情報提供を行います。

・療育利用のために『相談支援事業所』をご利用になられる場合は、保護者同意書のご記入がある場合に情報提供を行います。

ご協力
ありがとうございました

