

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「品川児童学園にきました、○○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。



*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・祖父母）

ふりがな	<生年月日> 年 月 日 (歳 ケ月)		
児童名 (男・女)	<基礎集団> (年 月~) 幼稚園・保育園		
<住所>〒 品川区	<連絡先>	<電話番号>	<登録者>
当室のことはどこでお知りになりましたか? ()	優先順位①()	優先順位②()	優先順位③()
利用中の児童発達支援施設（あり・なし）施設名：			

1. ご家族についてご記入ください。

続柄	氏名	生年月日	職業または所属
父	(同居・単身赴任・別居・離婚・死別・その他)	年 月 日 (歳)	勤務形態： 休日：
	健康状態（良好・不良）	既往歴：	
母	(同居・単身赴任・別居・離婚・死別・その他)	年 月 日 (歳)	勤務形態： 休日：
	健康状態（良好・不良）	既往歴：	
	年 月 日 (歳)		

2. 祖父母について

父方ご実家 所在地： 健康状態： 会う頻度：
母方ご実家 所在地： 健康状態： 会う頻度：

3. 妊娠について

- 自然妊娠 □不妊治療（治療期間や妊娠方法： ）
・妊娠中に心配だったことや入院、治療の経験がありましたか。
□はい □いいえ （妊娠 週頃に、 ）

4. 出生について

- ・出生した病院（ 病院）
・在胎（ 週） 体重（ g）
・分娩 □普通分娩 □帝王切開 □鉗子分娩 □吸引分娩 □無痛分娩 □その他（ ）
・出生時の異常 □あり □なし （内容： ）
・新生児期に特別なケア（黄疸、保育器の使用など）を受けましたか。
□はい □いいえ （内容： ）

5. 発達の経過について

首座り（ 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）
はじめての意味のあることば（ 歳 ヶ月）に「 」
はじめての2語文（ 歳 ヶ月）に「 」
1歳までに気になっていたこと、心配だったことがあればご記入ください。

6. 健康について

- ・先天的な疾患はありますか。
□はい □いいえ （詳細： ）
・ひきつけ、痙攣を起したことはありますか。
□はい □いいえ （詳細： ）
・脳波やMRI等の検査を受けたことがありますか。
□はい □いいえ （詳細： ）
・大きな怪我や病気、入院をしたことがありますか。
□はい □いいえ （詳細： ）
・聴力や視力の問題を指摘されたことはありますか。
□はい □いいえ （詳細： ）
・中耳炎になりやすいですか。
□はい □いいえ （詳細： ）
・現在処方されている薬がありますか。
□はい □いいえ （詳細： ）
・アレルギーがありますか。
□はい □いいえ （詳細： ）
・かかりつけ医をご記入ください。（病院名： ）

・その他健康面について

7. 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 お子さんの祖父母 基礎集団 かかりつけ医 友人 その他

・受けた健診（1歳半健診・3歳健診） 心理相談（受けた・受けなかった）

指摘や助言があればご記入ください。

・その他お子さんについて相談された機関や内容があればご記入ください。

8. どのような心配がありますか。次の項目の中で、あてはまるもの全て選んでください。

<input type="checkbox"/> ことばのおくれ	<input type="checkbox"/> じっとしていない	<input type="checkbox"/> 衝動的	<input type="checkbox"/> かんしゃくをおこす
<input type="checkbox"/> こだわりが強い	<input type="checkbox"/> 切り替えが苦手	<input type="checkbox"/> 吃音がある	<input type="checkbox"/> 発音が不明瞭
<input type="checkbox"/> 偏食	<input type="checkbox"/> 睡眠	<input type="checkbox"/> 集団の活動が苦手	<input type="checkbox"/> 身体や手先の使い方が不器用
<input type="checkbox"/> 手が出る	<input type="checkbox"/> 繊細	<input type="checkbox"/> 人との関わり方	<input type="checkbox"/> 消極的

・様子を詳しくご記入ください。気になり始めたまたは指摘を受けた時期()

- ・当室での相談を希望した理由や、要望などについてご記入ください。

（記入欄）

9. 生活について

- ・現在の身長（ cm） 体重（ kg）

- ・睡眠

時間 起床（ : ） 凝寝（ : ~ : ） 就寝（ : ）

睡眠について気になることがあればご記入ください。

（記入欄）

- ・平日の過ごし方（遊びやよく行く場所）

（記入欄）

- ・休日の過ごし方（遊びやよく行く場所）

（記入欄）

- ・習い事

（記入欄）

- ・学習

ひらがなが読める ひらがなが書ける 数字が読める 数字が書ける

- ・食事

時間 朝（ : ） 凝（ : ） 夜（ : ）

偏食 なし あり（内容： ）

食事をとるために特別なこと（動画を見せる、おもちゃを出す等）が必要ですか。

はい いいえ

食事について気になることがあればご記入ください。

（記入欄）

- ・着替え

一人でできる 介助が必要 園だと一人でできる

- ・排泄

オムツ使用 オムツ使用だがほとんどトイレで排泄できる オムツなしでトイレで排泄できる

時間誘導が必要 自分からトイレに行って排泄できる

排泄について気になることがあればご記入ください。

（ ）

10. 運動について

- 利き手：右 左 定まっていない
- 階段：ハイハイ 一段ずつ足を揃える 足を交互に出す 手すりが必要
- 手先が不器用だと感じる 手あそびの真似ができる ダンスや体操の真似ができる
- 両足跳び 台からの飛び降り ケンケン

10. 感覚について

- 眩しいことを嫌がる 大きな音、突然の音を怖がる 人ごみが苦手 服のタグが苦手
- 洋服や顔が濡れることを嫌がる 匂いに敏感
- 洋服の材質や締め付けを嫌がる 手が汚れることを嫌う ブランコなどの揺れを怖がる
- 指しやぶりをよくする 力加減が苦手 クルクル回る 痛みに強い

11. お友だちとの関わり方や集団活動について

- 集団に所属されている方は、現在の園よりも前に通っていた園があればご記入ください。

- お友だちとの関わり方や集団参加について気になることをご記入ください。

- 現在検討している就学先があればご記入ください。

12. お子さんにどのように育ってほしいと思いますか。

(母：)

(父：)

【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くことがあります。
- 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。

