

お子さんの発達特性について

お子さんのお名前

生年月日 年 月 日

【今現在の状況】

● 診断を受けていますか いいえ はい → (診断名 :)
(年 月 日 診断)

● 現在、受けている療育はありますか

- 言語聴覚療法 → (機関名 :)
 作業療法 → (機関名 :)
 個別療育 → (機関名 :)
 集団療育 → (機関名 :)
 運動療育 → (機関名 :)
 その他 → (機関名 :)

【現在までのお子さんの様子や専門機関との連携】

時期 (お子さんの月齢)	お子さんの様子や専門機関との連携

【保護者の方が気になっていること】

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 呼んでも振り向かない | <input type="checkbox"/> 意味のある発語がない・少ない |
| <input type="checkbox"/> まねっこあそびをしない | <input type="checkbox"/> 大人の声をかけに反応することが少ない |
| <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい | <input type="checkbox"/> 子どもの要求を理解してあげられない |
| <input type="checkbox"/> 物をなげる | <input type="checkbox"/> 要求を伝える表現が少ない |
| <input type="checkbox"/> かたよった興味や関心 | <input type="checkbox"/> 自分のルールを曲げない・柔軟性の欠如 |
| <input type="checkbox"/> 道順・手順・日課などの決まり事の変更や変化への抵抗 | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

【その他、保育中の配慮の希望などがあればご記入下さい】