

小学校1・2年シート

記入日 _____

(年齢 才 か月)

学校名 (_____) 担任名 (_____)		
<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 自閉症・情緒 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 病弱) <input type="checkbox"/> 通級指導教室 (<input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> LD・ADHD等 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 以前利用していた (_____))		
発達相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	機関名 (_____) 担当者名 (_____) 相談内容 (_____)	
医療機関受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名 (_____) 医師名 (_____) 薬の名前 (_____)	
放課後等デイサービスの利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所名 _____	長期目標 _____
		短期目標 _____
	現状	有効な支援
基本的な生活習慣	食事の取り方 (_____) 排泄 (自立/オムツ使用: 終日、夜間) 衣服 (自立/脱げない/着られない/ボタン不能) 洗面、入浴 (自立/半介助/全介助) 睡眠習慣 (問題なし/時々不眠/不眠) 準備 (自立/半介助/全介助) 片づけ (自立/半介助/全介助) 挨拶ができる (N・Y)	<例> ・集中できるよう、食事中や朝の準備ができるまではテレビを消す。
感覚	ブランコや高い場所を怖がるなどの重力不安がある (Y・N) 触覚 (普通/過敏) 力の加減 (普通/強い) 温痛覚 (普通/過敏) 嗅覚 (普通/過敏) 味覚: 偏食 (有/無) 聴覚: 耳塞ぎ (有/無)・音回避 (有/無)	
運動	姿勢保持 椅子からずり落ちる (Y・N) 足を椅子に上げて座る (Y・N) バランス よく転ぶ (Y・N) 手指の協調動作 手先の不器用さが目立つ (ボタン、はさみ、筆記用具等) (Y・N)	
学習面	読み 文節で正しく区切って読める (N・Y) 文字や行を飛ばして読む (Y・N)	

※Y=はい、N=いいえ

学習面	書き 板書に時間がかかる (Y・N) 模写・書写が苦手 (Y・N) 似ているひらがなの書き間違いがある (Y・N) 計算 数の大小を比較したり順序どおり並べたりするのが難しい (Y・N) 計算するのにとても時間がかかる (Y・N)	
対人 コミュニケーション 相互交流	集団適応 (孤立/1対1/小集団/中集団/大集団) 対人認知 (大人/同年齢/特定の子) 適切な対人距離 (有/無) 場に合った挨拶や返答、質問をする (N・Y) 困っている相手に声かけする (N・Y) 必要に応じて相手と協力する (N・Y)	
言語活用	一方的に話す (Y・N) オーム返しが多い (Y・N) 不完全な文章で話す (Y・N)	
社会適応 (不注意・衝動性・多動性・気持ちのコントロールなど)	そわそわする (Y・N) 勝手に離席する (Y・N) 集団活動に参加することを嫌がる (Y・N) 勝手にしゃべる (Y・N) 質問が終わらないうちに答える (Y・N) 順番を待てない (Y・N) 他の人がしていることを邪魔する (Y・N) 不注意な間違いをする (Y・N) 課題で注意集中が持続しない (Y・N) 気が散りやすい (Y・N) 忘れ物がある (Y・N) 勝手にルールを変える (Y・N) 1番へのこだわりがみられる (Y・N) 声掛け・誘い・断りが難しい (Y・N) 気持ちの切り替えが難しい (Y・N) 過ちに対して謝れない (Y・N) 困った時に援助を求めることが難しい (Y・N) 頼まれ事や役割を果たすのが難しい (Y・N)	

※Y=はい、N=いいえ

備考欄 (特に知ってほしいこと、気になっていること)

