

## アンケート記入のお願い

発達のご心配があるという事で、貴園に通園中のお子様が当院発達外来の診察を受けられることとなりました。

診断や今後の対応を考える上で、園でのご様子を教えていただきたいと思っております。

つきましては、アンケートを2枚準備しております。  
ご家族の了承はいただいておりますので、園の管理者様にご確認の上、担任の先生にご記入いただければと思います。

本アンケートは、郵送もしくはご家族にお渡し頂ければと思います。  
(郵送される場合の宛名：「みさかえの園あゆみの家 地域連携相談室 宛」)

ご多忙のところ恐れ入りますが、どうぞよろしくお願い致します。

医師 本山 和徳

発達外来におけるお問い合わせやご相談がございましたら、地域連携相談室までご連絡ください。

みさかえの園 あゆみの家の代表番号とは異なりますので、下記の番号の方へご連絡ください。よろしくお願ひいたします。

〒856-0835  
長崎県大村市久原2丁目1346-1

みさかえの園 あゆみの家  
地域連携相談室  
TEL:0957-46-3364

# 本 児 の 様 子

記入者/続柄 ( )

対象者氏名	生年月日 (歳)	学年等	学校名/クラス (通常・特別支援・通級)
	年 月 日 ( 歳 )		
項 目	所 見		
気になる状況他	特に、気になる状況		
	医学的な診断等		
生活・運動	基本的な生活習慣		
	歩行等基礎的運動能力		
言語・行動・適応	コミュニケーション		
	集団的参加		
	社会性 対人関係		
	行動特性		
遊び・その他	遊びの様子		
	その他		

# 行動特徴のチェックリスト

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 ( 男 ・ 女 ) 回答者氏名 \_\_\_\_\_

	ない もしくは ほとんどない	ときどき ある	しばしば ある	非常に しばしば ある
<b>多動性</b>				
1 じっとしていることが出来ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ちよろちよろ動いている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 走り回っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 一定の所で遊べない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 どこかにいっていなくなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 買い物につれていくとじっとできない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 立ち止まることがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>旺盛な好奇心</b>				
8 興味のあるものに突進する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 何でも物をさわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ひとつの遊びに集中しない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 誰にでも声をかける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 誰にでもついていく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 親がいなくても平気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>破壊的な関わり</b>				
14 人の嫌がることをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 誰にでもちょっかいをだす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 人をたたく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 人をける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>不適切な関わり</b>				
18 名前を呼んでも戻ってこない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 返事がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 視線が合わない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>強いかんしゃく</b>				
21 頭を床や壁に打ち付ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 ちょっとしたことで、かんしゃくを起こす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 反り返る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 爪かみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>運動のアンバランス</b>				
25 転んでケガばかりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>