

＊＊の現状について ＊＊年＊＊月＊＊日現在

氏名 ＊＊ 生年月日 ＊＊

緊急連絡先

受診医療機関名 主治医名 診断名（ついていけば） 処方薬（出されていけば）
障害者手帳の有無、

1. 生活

- (1) 食事：偏食、使用している食具 好きな食べ物、嫌いな食べ物、おやつ
- (2) トイレ：介助、立ち便器、排便習慣、排便後の処理（一人でできない場合）
- (3) 着替え：前後、左右、表裏、注意点（状況に合った服装ができない）
- (4) 睡眠：入眠、中途覚醒、早朝覚醒、昼夜逆転
- (5) 一人時間：1時間以上一人時間が過ごせるか。遊びの種類と時間、
- (6) 危ないもの、安全についての理解度
- (7) アレルギーの有無、けいれん・てんかんの既往の有無

2. コミュニケーション

- (1) 音声言語（話す、聞く）のレベルと理解度、絵などの代替コミュニケーション
- (2) 文字言語（読む、書く）のレベルと理解度
- (3) 会話が成立するかどうか、あいさつ、ヘルプサインが出せるかどうか

3. 学習スキル

- (1) 国語：文字理解、使用、ディスレクシアの有無、サイン言語、理解の相当学年
- (2) 算数：数（順序数、概念数）の理解、時計、お金

4. 運動スキル

- (1) 基本的な運動能力（粗大運動、微細運動）
- (2) 運動習慣の有無

6. 指示の出し方の注意点

- (1) 並列指示や連続指示の理解と対応
- (2) 視覚支援などの必要性
- (3) 禁止語、命令語、否定語への反応

7. 現在の社会生活の状況と問題点

- (1) どこに通っているか（学校、児童デイ、放デイ、習い事など）
- (2) そこで受けている支援、合理的配慮

8. 現在の行動やコミュニケーションでの課題と対応

- (1) 行動：かんしゃく、パニック、感覚過敏
- (2) コミュニケーション：暴言、緘黙、吃音