

視覚学習支援センター質問表

記入日： _____

記入者名： _____

(ご本人との関係： _____)

各質問にできるだけ詳しくお答えください。当日もお話しをうかがいますが、スムーズに評価を行なうために前もって状態を把握したいので可能な限りご協力をお願いします。

氏名： _____ (名前にふりがなを付けて下さい) 愛称： _____

性別： 男・女 生年月日： _____

学校名： _____ 学年： _____

家族構成 (兄弟は学年も記入ください)： _____

〔申し込みされた理由〕

〔どのようにこちらのセンターをお知りになりましたか〕

〔発達について〕

在胎週数 (_____) 出生児体重 (_____)

1歳半・3歳半検診で何か指摘されたことはありますか？

初めてはいはいしたり、歩いたりするのはいかがでしたか？ どれくらい？

初めて言葉を発したり、話したりするのはいかがでしたか？ どれくらい？

利き手は： _____ 右利き・左利き・両方使う・もともと左利き

〔学習面や学校の勉強〕

得意な教科： _____

苦手な教科： _____

読み書きでのつまずき： _____

算数でのつまずき： _____

その他、学習で気になる点： _____

学校で受けている特別な支援 (通級、T.T. など詳しくお願いします)： _____

〔運動面：バランス・器用さ〕

ボールを使った運動： 得意・ふつう・苦手・非常に苦手 例えはどんなとき？

バランス感覚： 良い・ふつう・悪い・非常に悪い 例えはどんなとき？

手先の器用さ： 器用・ふつう・不器用・非常に不器用 例えはどんなとき？

〔行動面（集中力、落ち着き）〕

授業中立ち歩く、みんなが整列しているときに動き回る、先生の話静静地に聴いてられないなどの特徴はありますか？ あれば具体的にお書きください。

〔社会性〕

親とうまくいっていますか？

兄弟とうまくいっていますか？

先生とうまくいっていますか？

友達とうまくいっていますか？

暗黙のルールがわかりにくい、相手の感情を察するのが苦手、などの特徴はありますか？

〔過去に受けた発達・心理検査〕（丸で囲み、結果のコピーを添付してください）

WISC

K-ABC

その他

〔過去に相談した病院や機関・そのときの診断内容〕

相談した病院・機関名：

診断名とその説明：

現在服用している薬：

現在行なっている治療：

※該当するものに○を付けてください。

- | | |
|----------------------------|------------------|
| ・よくつまずきますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・階段やエスカレーターを怖がりますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・じっと座っているのが難しいですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・横にゴロゴロ転がるのは難しいですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・両足で跳ぶのは難しいですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・片足ケンケンが難しいですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・スキップが難しいですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・ブランコに乗るのは嫌いですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・自転車に乗るのは難しいですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・縄跳びをするのは難しいですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| | |
| ・まぶしがりますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・音をうるさがりますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・着るものの好みが強いですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| | |
| ・ハサミを使うのは難しいですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・折り紙をするのは難しいですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| | |
| ・左右を混乱することはありますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・鏡文字はありますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| | |
| ・遠くを見る時に目を細めますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・本を見ることが長く続きませんか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| | |
| ・片目をつぶって見ることはありますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・頭を傾けて見ますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| | |
| ・形の名称が分からないことがありますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・目の前にあるものを見つけられないことはありますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| | |
| ・絵日記の絵を描くことが嫌いですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| | |
| ・板書が難しいですか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| ・文章の最後を間違えて読むことはありますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| | |
| ・読んでいる所がわからなくなることはありますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |
| | |
| ・指で文字をたどりながら読みますか？ | はい・いいえ・どちらとも言えない |

〔他機関で受けた・受けている支援〕

機関名：

支援内容：

頻度・時間：

支援を受けている・受けていた期間：

〔事前に言っておきたいこと・質問など〕（ご本人の前で話しにくいこと、また話してほしくないこともあればお書きください）

〔メガネ歴・眼病歴・眼科通院歴・全身病歴〕

〔連絡先〕

住所：〒

電話番号：〔自宅〕

〔携帯〕

ファックス番号：

E-Mail アドレス：