

ニーズ調査票

記入日 年 月 日

児童名		性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳)
-----	--	----	-----	------	------------------

保護者の願い (なってほしい姿)	
お子さんの希望	
困っている事 支援してほしい事	
お子さんの 得意なこと 好きなこと	
お子さんの 苦手なこと 嫌なこと	

睡眠	現在の状況
	<input type="checkbox"/> おおよその就寝・起床時間(時 ~ 時) <input type="checkbox"/> 夜中に起きることがある <input type="checkbox"/> 服薬している() <input type="checkbox"/> その他()
	困っていることや希望
感覚	現在の状況
	<input type="checkbox"/> 音・光・匂いに敏感 <input type="checkbox"/> 音・光・匂いに鈍感 <input type="checkbox"/> 偏食がある <input type="checkbox"/> 視覚情報に気をとられやすい <input type="checkbox"/> 触られることを嫌う <input type="checkbox"/> クルクル回ったり、揺れたりする遊びが好き <input type="checkbox"/> 特定の物にこだわることもある <input type="checkbox"/> その他()
	困っていることや希望
行動	現在の状況
	<input type="checkbox"/> 特定の行動にこだわる <input type="checkbox"/> じっとしていることが苦手 <input type="checkbox"/> 初めての場所に馴染むのに時間がかかる <input type="checkbox"/> 気が散りやすい <input type="checkbox"/> 突発的に行動してしまうことがある <input type="checkbox"/> カットなったりイライラしたりしやすい <input type="checkbox"/> パニックになることがある <input type="checkbox"/> 気持ちの切り替えに時間がかかる <input type="checkbox"/> 不安になったり怯えたりすることがある <input type="checkbox"/> じっとしてあまり動かない <input type="checkbox"/> その他()
	困っていることや希望

送迎	登園時間(: 頃) 誰が() 降園時間(: 頃) 誰が()
相談先	Q 家族内で相談や協力はできているか <input type="checkbox"/> はい それは誰か() <input type="checkbox"/> いいえ Q 家族以外に協力してくれる人 <input type="checkbox"/> いる それは誰か() <input type="checkbox"/> いない
困り感	Q 危険な場面があって目が離せないことがある ※迷子、飛び出し、他害など <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <具体的に> Q 子育てに苦痛を感じることもある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <具体的に>