



## 2. ふだんの子どもの様子

～保護者の方からみたお子さんの様子に✓をつけてください～

NO	項 目	ほとんど 見られない	少し 見られる	よく 見られる
1	周囲の音や動きに気が散りやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	じっと座っていることが苦手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	よく転んだり、ぶつかったりしてけがをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	思いついた途端にやらずにはいられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	ことばの指示が伝わりにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	友達とトラブルになりやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	かんしゃくを起しやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	一人で遊ぶことを好む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	相手の気持ちを理解することが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	会話がかみ合わなかったり一方的で、やり取りになりにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	初めてのことが苦手で、すすめてもやろうとしない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	感覚の過敏さがある（特定の音で耳をふさぐ、特定の素材を嫌うなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	極端な偏食がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	睡眠リズムが安定しない （夜中に何度も起きてしまう、寝つきが悪いなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 3. 生活習慣チェックリスト

～お子さんの現在の様子にあてはまるものに✓をつけてください～

① 朝は何時ごろ起床しますか

☐ 午前7時以前

☐ 午前7～8時

☐ 午前8時以降

② 朝食は毎日食べますか

☐ 毎日食べる

☐ 週3～4回食べる

☐ ほとんど食べない

③ テレビ、DVD、ゲーム、動画などのメディアを見る時間を決めていますか

☐ 1日合計2時間未満

☐ 1日合計2時間以上

☐ 決めていない

④ 夜8時以降はメディアとの接触を避けていますか

☐ あてはまる

☐ 時々あてはまる

☐ あてはまらない

⑤ 夜は何時ごろに布団に入りますか

☐ 午後9時以前

☐ 午後9～10時

☐ 午後10時以降



チェックシートを記入し、気になる  
ことや相談したいことがある方は、お  
気軽に5歳児のびのび発達相談をご利用  
ください。

まずは、お電話お待ちしております。

子どもの気になる行  
動は、生活習慣を整え  
るだけで減少すること  
がわかっています。就  
学に向けて、生活習慣  
を確認し、家族全体で  
準備を進めましょう。