

# 指差し状況説明シート

このシートは、教育機関・医療機関・行政窓口向けに、子供や保護者が口頭で状況を説明するのが難しいと思った時に、指差しで使うシートです。

- ・ご自身が必要なところを使ってください。
- ・「今は伝えたくない」という時は、無理をしないようにしてください。
- ・個人情報を書く場合は、書いた紙を紛失したりしないよう、プライバシーに十分注意するようにしてください。

## ★ 私 / パートナー / 子ども 自身のこと

● 自認している性別は	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> その他 ( )
● 戸籍等の性別は	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> その他 ( )
● 呼称は	( ) と呼んでほしいです 家族は ( ) と呼んでいます
● 今、困っていること、相談したいこと	<input type="checkbox"/> 服装や施設 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 特に困っていることや相談したいことはない
● この状況をすでに知っている人は	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 他の保護者、保育士 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> カウンセラー <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 地域の人 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ( )
● この状況を知らせていい範囲は	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 他の保護者、保育士 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> カウンセラー <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 地域の人 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ( )

## ★ 家族・連絡先に関すること

● 同居している人	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 他の親族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ( )
● パートナーがいる場合、法律上の関係は	<input type="checkbox"/> 結婚している <input type="checkbox"/> 養子縁組している <input type="checkbox"/> パートナー登録している <input type="checkbox"/> 公正証書や遺言で後見人にしている <input type="checkbox"/> 特に法的なつながりはない <input type="checkbox"/> その他 ( )
● 子供の遺伝上の親は	<input type="checkbox"/> 現パートナー <input type="checkbox"/> 元パートナー <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 ( )
● 緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 名前 ( ) <input type="checkbox"/> 続柄・関係 ( ) <input type="checkbox"/> 電話・メール等 ( )
● この状況をすでに知っている人は	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 他の保護者、保育士 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> カウンセラー <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 地域の人 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ( )
● この状況を知らせていい範囲は	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 他の保護者、保育士 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> カウンセラー <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 地域の人 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ( )



