

Home Language Questionnaire

家庭言語アンケート

Japanese Adaptation by Serina Daniels

完了日: _____

子供の 名前: _____ 性別: _____ 生年月日: _____ 子供の年齢: _____

情報提供者の名: _____ お子様との関係: _____

学校/保育園名: _____ 学年/クラス: _____

保育園・幼稚園・学校に入園した年齢: _____ 週に通う日数(丸で囲む): 1 2 3 4 5 6 7

保育園・幼稚園・学校での1日の時間数(丸で囲む): 1-2 2-3 3-4 4-5 5-6 6-7 7-8 9+

下の表に、お子様が現在話したり理解したりしているすべての言語を、優位な順にリストします。

- ❖ いくつかの言語は多くの国で話されています。各言語の起源国を示してください。
- ❖ あなたのお子様と同年代の子供たちと比べてどの程度上手に使っていると思うかを各言語別に記入してください。

	言語	原産国または地域	お子様のこの言語の使用は…			
1			<input type="checkbox"/> とても良い	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 悪い
2			<input type="checkbox"/> とても良い	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 悪い
3			<input type="checkbox"/> とても良い	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 悪い
4			<input type="checkbox"/> とても良い	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 悪い

下の表に、お子様との関係別に世帯員をリストアップしてください。

- ❖ 年齢を示す
- ❖ 子供と接する時に使用する言語を記入する
- ❖ 毎週どのくらいの頻度で子供と過ごしているかを示します。

子供との関係	年齢	子どもと一緒に使う言語	彼らはどのくらいの頻度で子供と時間を過ごしますか?			
			<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 頻繁	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> まれに
			<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 頻繁	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> まれに
			<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 頻繁	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> まれに
			<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 頻繁	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> まれに
			<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 頻繁	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> まれに
			<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 頻繁	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> まれに

お子様に最もよく当てはまる人種または民族のカテゴリを指定してください:

- アメリカインディアン/アラスカ先住民
 アジア人
 ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島民
 黒人またはアフリカ系アメリカ人
 ヒスパニック/ラテン系
 白人

Home Language Questionnaire

お子様が主な生活環境において、使用または聞いた言語を年齢別で記入してください。

年齢	家庭での言語	学校/保育園での言語	その他の場所での言語
0-1			
1-2			
2-3			
3-4			
4-5			
5-6			
6-7			
8+			

現在、お子様は自宅でそれぞれの言語をどのくらいの頻度で使用していますか？ パーセンテージで推定してください（合計 100%）：

言語リスト:				
パーセンテージ:				

例:	日本語	英語
	80%	20%

あなたのお子様が初めて言葉を話し始めたのは何歳の時でしたか？

お子様が初めて英語に触れたのは何歳の時でしたか？

お子様の聴力について何か心配なことはありますか？

あなたのお子様は自分の要求をどのように表現しますか？ 文章 フレーズ 1つまたは2つの単語 音 ジェスチャー

あなたのお子様は、周りや家族のどう同年齢の子供たちと同じように話しますか？ はい いいえ

お子様の話し方や言語について何か心配なことはありますか？ はい いいえ

はいの場合は、説明してください：

お子様の健康や発達について何か心配なことはありますか？ はい いいえ

はいの場合は、説明してください：

お子様は言語療法を受けたことがありますか？ はい いいえ

はいの場合、いつ受けたかを記入してください：

お子様について他に何かお知らせしたいことはありますか？