

## 第 回 教育相談アンケート（ 月）

\_\_\_\_年\_\_\_\_組\_\_\_\_番 氏名

このアンケートは、あなたと担任の先生が相談活動をするときの資料となります。どんなささいなことでもかまいません。あなたの学校生活をよりよくするため、率直な気持ちで答えましょう。

1. 学校生活は楽しいですか。

はい (特に何が )

いいえ (なぜ )

2. 授業はよくわかりますか。

はい (特に何が )

いいえ (特に何が )

3. このごろ学校を休みたいと思うことがありますか。

はい (なぜ )

いいえ

4. あなたは今、困っていることや嫌なこと、悩んでいることがありますか。

はい (どんなこと )

いいえ

5. あなたは困ったときに相談する人がいますか。

はい (それはだれ )

いいえ

6. あなた、もしくはまわりの人がいじめられたことはありますか。

はい → 自分・まわりの人 (だれ )

(どんなことで )

いいえ

7. SNS やメールのやり取りで嫌な思いをしたことがありますか。

はい (どんなこと )

いいえ

8. 最近よく頭やお腹が痛くなりますか。

はい (どんなとき )

いいえ

9. ①～④は平日について、⑤は平日と休日について、およその時間や時刻を教えてください。

①朝食 . . . . . 食べる ・ 食べない ・ 食べない日もある

②睡眠 . . . . . (就寝) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ (起床) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

③携帯電話やパソコン、ゲームの使用時間 約 \_\_\_\_\_ 分

④テレビの視聴時間 約 \_\_\_\_\_ 分

⑤学習時間 (塾を含む) 平日: 約 \_\_\_\_\_ 分 / 休日: \_\_\_\_\_ 分

☆そのほかに相談したいことがあれば書きましょう。