

倉敷市共通アセスメントシート①

面談年月日	令和	年	月	日	時	分	～	時	分
聴取り相手（続柄）				実施場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅他（ ）				
記入者所属・氏名	自宅他でおこなった理由								

1. 対象者

フリガナ				生年月日	平成	・	令和	年齢	歳	
氏名					年	月	日			
住所										
申請者（保護者）氏名				生年月日	昭和	・	平成	年	月	日

2. 手帳の所持

<input type="checkbox"/> 手帳なし	<input type="checkbox"/> 医師意見書・診断書（令和 年 月 日頃提出予定）	<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 児相等	<input type="checkbox"/> 自立支援医療
<input type="checkbox"/> 手帳あり	<input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B）	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳（種 級）	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（ 級）	

3. 家族構成 ※続柄については、対象者（児童）を中心に記入。対象者は記入不要。

続柄	氏名	生年月日	職業	同居・別居	特記事項（心身の状態・就労状況等）
				同・別	
				同・別	
				同・別	
				同・別	
				同・別	
				同・別	

4. 緊急連絡先（ 自宅 自宅外）

氏名	続柄	連絡先	— — （自宅・携帯・勤務先）
----	----	-----	-----------------

5. 心身の状況・受診（リハビリ含む）の状況

視力	右		聴力	右	
	左			左	
麻痺・拘縮				既往症 (アレルギー含む)	
受診状況 (発達に関する受診やそれ以外の定期受診について)	通院先・頻度・服薬やリハビリの有無・入院歴の有無				<input type="checkbox"/> 医療的ケア <input type="checkbox"/> あり（ケア内容 ） <input type="checkbox"/> なし

6. 就学・就労・社会参加の状況（行き先・頻度等）

<input type="checkbox"/> 所属 <input type="checkbox"/> あり（ ） 通常・支援（情緒・知的） <input type="checkbox"/> なし → 未定・就園(学)予定 令和 年 月 ()	<input type="checkbox"/> 学童保育の利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 通級/幼児指導教室利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 習い事 <input type="checkbox"/> 福祉サービス	

倉敷市共通アセスメントシート②

児童氏名

I. お子さまの様子①

項目	当てはまる内容に☑及び、具体的な状況や頻度等を文章で記述
① 食事	<input type="checkbox"/> 全て食べさせている <input type="checkbox"/> 食べ方・食事の形態を工夫している <input type="checkbox"/> 手で食べる <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを利用, 補助箸を利用 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 食に関するこだわり <input type="checkbox"/> 食感に過敏さがある
② 排泄	<input type="checkbox"/> オムツ使用(常時) <input type="checkbox"/> オムツ使用(状況により) <input type="checkbox"/> トイレまでの誘導要 <input type="checkbox"/> 拭き取り介助要 <input type="checkbox"/> 場所によって介助要 <input type="checkbox"/> 便器の様式によって介助要 <input type="checkbox"/> 予告なし <input type="checkbox"/> 後告なし
③ 入浴	<input type="checkbox"/> 浴槽の出入・洗身等全て介助 <input type="checkbox"/> 保護者等と一緒に入浴 <input type="checkbox"/> 洗髪・洗身に介助・仕上げ・声かけ要
④ 衣服着脱	<input type="checkbox"/> 保護者等が全て着脱 <input type="checkbox"/> 服の形態によっては介助要(ボタン・チャック等) <input type="checkbox"/> 見守り・声かけが必要
④ 移動	<div style="display: flex;"> <div style="width: 15%; text-align: center;">車以外外出する時</div> <div> <input type="checkbox"/> 席への移乗に介助要 <input type="checkbox"/> シートベルトの着脱に介助要 <input type="checkbox"/> 運転中にじっと座っていることができない <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> ドアの開閉 </div> </div> <div style="display: flex; margin-top: 5px;"> <div style="width: 15%; text-align: center;">徒歩等で外出する時</div> <div> <input type="checkbox"/> 車イス等使用(自操不可) <input type="checkbox"/> 車イス等使用(周囲の状況により) <input type="checkbox"/> 手つなぎ必要 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守りが必要 </div> </div>

II. お子さまの様子②-1

項目	具体的な状況、頻度等 (文章で記述)	※あてはまる項目に☑
① 本人からの発信・表現方法		<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 会話以外の方法、一部の人のみ可 <input type="checkbox"/> 支障なし
② 説明の理解度		<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 理解してもらうための配慮が必要 <input type="checkbox"/> できる
③ 対人関係		<input type="checkbox"/> 全面的な支援 <input type="checkbox"/> 部分的な支援 <input type="checkbox"/> 支援不要
④ 特定の考え、物、人に対する強いこだわり		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑤ 多動、行動の停止		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑥ パニック、不安定な行動		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑦ 危険の認識		<input type="checkbox"/> 全面的な支援 <input type="checkbox"/> 部分的な支援 <input type="checkbox"/> 支援不要
⑧ 夜間不眠や昼夜逆転		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし

II. お子さまの様子②-2

項目	具体的な状況、頻度等（文章で記述）	※あてはまる項目に☑
⑨ 過食・過飲水などの食事に関する行為		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑩ 食べられないものを口に入れる（異食行動）		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑪ 不潔な行為（排泄物を弄ぶなど）		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑫ 突発的に大声や奇声を発する		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑬ 自分を叩いたり傷つけるなどの行為		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑭ 他人を叩いたり傷つけたり、器物を壊したりする行為		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑮ 再三の手洗いや繰返しの確認のために日常生活に時間がかかる		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑯ 気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下する		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑰ 他者との交流が不安や緊張のために外出できない。また、自室にこもって何もしない		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑱ 感覚の過敏さのために外出や集団活動への参加ができない。		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
⑲ 読み書きや計算など学習に関する事への困難さ		<input type="checkbox"/> 全面的な支援 <input type="checkbox"/> 部分的な支援 <input type="checkbox"/> 支援不要
⑳ 不適切な行為（人に抱きつく、断りなく物を持ってくる等）		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
㉑ 突然いなくなるような突発的行動		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 数か月に1回以上 <input type="checkbox"/> なし
㉒ てんかん発作		<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 年1回以上 <input type="checkbox"/> なし

III. その他特記事項

上記項目以外で自宅・園（学校）での様子、福祉サービスを利用するに至った経緯、本人又は保護者が感じる成長や課題等