

一次アセスメント票(児童)

受付番号		訪問者氏名	相談支援専門員
訪問日	令和 年 月 日 曜日	対応者氏名	続柄

訪問目的	
------	--

ふりがな		性別		生年月日	令和 年 月 日 歳
氏名					

住所	〒				
----	---	--	--	--	--

連絡先	自宅 092 -	携帯
	FAX 092 -	メール

家族状況	続柄	氏名	年齢	職業・学校	同居/別居	特記事項
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

ジェノグラム	主支援者 → 主	居住環境	<input type="checkbox"/> 自宅(単身)
	副支援者 → 副		<input type="checkbox"/> 自宅(家族と同居)
	本人 → <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> GH・CH
	男性 → <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 病院
	女性 → <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 施設
	死亡者 → <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> その他

生活歴	
-----	--

障害・年金等	手帳	<input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> なし	年金	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当	
	等級			基礎 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	
	障がい名			厚生 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	
	区分1/2	<input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> その他	
	障害程度区分		生保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	特記事項		児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

障がい福祉サービス等

居宅介護	身体	時間	家事	時間	生活介護	日
重度訪問介護				時間	自立訓練(機能)	日
行動援護				時間	自立訓練(生活)	日
同行援護				時間	就労支援	<input type="checkbox"/> 移行 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> A型 日
療養介護				日	短期入所	日
児童通所	<input type="checkbox"/> 児童発達	<input type="checkbox"/> 放課後等デイ		日	その他	
利用者負担	<input type="checkbox"/> 4,600円	<input type="checkbox"/> 37,200円	<input type="checkbox"/> 0円		<input type="checkbox"/> 生活保護	

医療保険等

医療保険	被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険)
障害者医療等	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 (<input type="checkbox"/> 精神通院 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 育成)	<input type="checkbox"/> 特別医療 <input type="checkbox"/> その他

医療機関受診状況

疾患名	受診機関	受診科目	主治医	頻度	服薬状況
特記事項 (受診状況等)					

関係機関連絡先

機関名	担当者名	内容	連絡先
			電話

2. 学習・コミュニケーション

項目	援助の 必要性	選択内容	希望等	特記事項
話す(会話)		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
伝達手段		<input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 文章 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> カード		
返事		<input type="checkbox"/> 適切に応える <input type="checkbox"/> オウム返し <input type="checkbox"/> できない		
聞く・理解する		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
読み書き		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
		<input type="checkbox"/> ひらがな <input type="checkbox"/> カタカナ <input type="checkbox"/> 漢字(程度)		
簡単な計算		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
指示に対する理解		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
その他(学校等での様子)				

3. 身辺処理

項目	援助の 必要性	選択内容	希望等	特記事項
排泄動作		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
尿意		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 促し(分おき) <input type="checkbox"/> なし		
便意		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 促し(分おき) <input type="checkbox"/> なし		
パット・おむつの利用		<input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし		
使用可能なトイレ		<input type="checkbox"/> 両方利用できる <input type="checkbox"/> 洋式のみ		
その他(排泄について)				

項目	援助の 必要性	選択内容	希望等	特記事項
食事の動作		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事中の姿勢の保持		<input type="checkbox"/> 保てる <input type="checkbox"/> 保てない		
道具		<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他()		
形態		<input type="checkbox"/> ふっう <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> その他()		
食事について (偏食・こだわりなど)				
アレルギー		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
その他(食事について)				
入浴		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
身体を洗う・拭く		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
洗顔		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
歯磨き		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
身だしなみ		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
衣類の着脱		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
ボタン		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
ファスナー		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
その他(整容について)				
部屋の片づけ		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		

項目	援助の必要性	選択内容	希望等	特記事項	
衣服をたたむ		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
衣服をハンガーにかける		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
戸締り		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
火の管理		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
スケジュールの組立・管理		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
時間の理解・把握		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
お金の管理		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
買い物		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
その他(管理について)					
あいさつ		<input type="checkbox"/> 自らできる <input type="checkbox"/> 言われたらできる <input type="checkbox"/> できない・その他			
集団への参加		<input type="checkbox"/> 集団行動ができる <input type="checkbox"/> その場にいることができる <input type="checkbox"/> できない			
パニック発作		発生要因			
		<input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害(内容)			
その他(社会性について)					
交通手段の利用		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
通信手段の利用		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
生活リズム		起床時間	時 分	就寝時間 時 分	睡眠時間 時間
		お昼寝	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 時間		

項 目	援助の 必要性	特記事項
休日の過ごし方		
習い事・活動の参加		
生活に影響を及ぼすようなこだわり		
その他(過ごし方について)		

3. 社会的なスキルについて

項 目	援助の 必要性	選択内容	希望等	特記事項
危険回避ができる		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
体調不良の訴えができる		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
相手の要求にこたえることができる		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
急な変更に対応できる		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
場面にあった活動をする		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
相手の感情を理解する		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
他人のことを理解する		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
マナーを守る		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
社会的ルールを守る		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
性に関するマナー・関心		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
その他ご要望など				

4. その他

家屋の見取り図	その他
---------	-----

8. 家族の意向

--

9. 対応者所見

--