

アセスメントシート 児童用

利用者名		年齢		性別		所属	
障害者手帳（種類・等級・記載内容）							
記入日		事業所名		作成者名			
児の状況	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援相当	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> その他		
家族の就労	<input type="checkbox"/> 父（常勤・非常勤）		<input type="checkbox"/> 母（常勤・非常勤）		<input type="checkbox"/> その他（常勤・非常勤）		
家族の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親		<input type="checkbox"/> その他				
家族の疾病・障害（状況）	<input type="checkbox"/> 父		<input type="checkbox"/> 母		<input type="checkbox"/> 兄弟		<input type="checkbox"/> その他

	項目	現在の状況		支援の必要度・特記事項
1、 身体面	1-1身体の麻痺	ない	ある	
	1-2発作・チック	ない	ある	
	1-3歩行不安定	ない	ある	
	1-4感覚過敏・鈍麻	ない	ある	
2、 行動面	2-1自傷	ない	ある	
	2-2他害・器物破壊・暴言	ない	ある	
	2-3多動	ない	ある	
	2-4無断外出	ない	ある	
	2-5危険な行動	ない	ある	
	2-6社会的不適切行動	ない	ある	
	2-7パニック（情緒的行動）	ない	ある	
	2-8大声・奇声	ない	ある	
	2-9便失禁・便こね	ない	ある	
	2-10睡眠障害	ない	ある	
	2-11こだわり	ない	ある	
3、 日常生活	3-1排泄	自立	介助	
	3-2食事	自立	介助	
	3-3更衣・身だしなみ	自立	介助	
	3-4洗顔・歯磨き・清潔	自立	介助	
	3-5入浴	自立	介助	
4 意思疎通	4-1意思表示	する	ない	
	4-2指示理解	する	ない	

相談支援専門員 所見	
---------------	--