



保育所等訪問支援
Good at

アセスメントシート (ステップ)

年 月 日

フリガナ 氏名	男 女	呼び名	生年月日	平成 令和 年 月 日 歳
住所	〒 TEL :			
学校名	学校 年 組 (学級：通常・支援学級・通級・その他) (学級名：)	相談事業所等	事業所名 □未利用	担当名 □委託 □セルフプラン
診断名		診断を受けた 病院	院名 医師名	
検査	検査名： () IQ ()、DQ () 検査日： 年 月 日			
取得手帳	無 ・ 療育手帳 (A ・ B) ・ 精神保健福祉手帳 (級) ・ 身体障害者手帳 (種 級)			
家族	続柄	フリガナ 氏名	生年月日	勤務先・学校名
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

▼緊急時の連絡先 (連絡がつながる優先順でご記入ください)

優先1	フリガナ 氏名	続柄	
	電話	(自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯)	
優先1	フリガナ 氏名	続柄	
	電話	(自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯)	
優先1	フリガナ 氏名	続柄	
	電話	(自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯)	

▼現在利用中、または利用予定の福祉事業所・リハビリ等

名称		種別	放課後等デイサービス・療育園 病院・その他民間リハビリ関連企業
連絡先			
利用期間	年 月～ 年 月		
名称		種別	放課後等デイサービス・療育園 病院・その他民間リハビリ関連企業
連絡先			
利用期間	年 月～ 年 月		
名称		種別	放課後等デイサービス・療育園 病院・その他民間リハビリ関連企業
連絡先			
利用期間	年 月～ 年 月		

▼ご本人の情報

	食事に関して配慮の必要なことがあれば詳しく記載をお願いいたします。 ()			
服薬	あり・なし	薬の種類		
	医療機関名			
	服薬時間	朝： 昼： 夕： 就寝前：		
	内服方法	水分・ゼリー・その他 ()	援助 不要・部分要・要	
発作	あり・なし	てんかん発作・熱性けいれん・その他 ()		
アレルギー	食物	あり・なし	卵・牛乳・小麦粉・ピーナツ・その他 ()	
	環境	あり・なし	ハウスダスト・花粉・その他 ()	
衣類着脱	衣服の着脱は一人でできますか 上衣 (着る：自立・一部介助・全介助) (脱ぐ：自立・一部介助・全介助) 下衣 (着る：自立・一部介助・全介助) (脱ぐ：自立・一部介助・全介助) 靴下は自分で履けますか？ → はい・いいえ (感覚的に苦手ですか？→はい・いいえ) 靴を自分で履くことができますか？ → はい・いいえ (感覚的に苦手ですか？→はい・いいえ)			
排泄	排泄は自立していますか？ → 排尿(はい・いいえ) 排便(はい・いいえ) 夜間(はい・いいえ) ※パンツ使用・オムツ使用・トレーニングパンツ使用(その他) 排泄後の拭き取りは自立していますか？ → はい・いいえ・その他 オムツ交換をする際に拒否をしますか？ → はい・いいえ・その他			
入浴	自分で髪の毛を洗うことができますか？ → はい・いいえ 自分で体を洗うことができますか？ → はい・いいえ			
睡眠	睡眠時間はどれくらいですか？ → : ~ : (約 時間) 午睡はしていますか？ → はい・いいえ ※ありの場合 : ~ : (約 時間)			
発達状況	学習	学習場面で困っていることや苦手なことがあればチェックをお願いいたします↓ 話を聞く・文章問題(読む・内容の理解)・計算問題・漢字の読み書き・書字全般・推論・特になし その他 ()		
	手先の運動	利き手は決まっていますか？ → 右・左・定まっていない お手本を見て丸や三角、四角などが描けますか？ → はい・いいえ・させたことがない ハサミを使うことができますか？ → はい・いいえ・させたことがない ボタンやホックを自分でかけることはできますか？ → はい・いいえ・させたことがない その他苦手な作業・身支度等がありますか？→ ()		
	危険回避	手つないで歩くことができますか？ → はい・いいえ 興味のある方へ行ってしまうことがありますか？ → はい・いいえ 高い所に登ってしまうことがありますか？ → はい・いいえ その他配慮が必要な事柄 ()		
	コミュニケーション	本人→周囲の人	要求を伝えることができますか？→喃語・言葉(単語・二語文・三語文)・指差し・手を引く 絵カード・その他 ()	
			拒否を伝えることができますか？→喃語・言葉(単語・二語文・三語文)・声を出す・首を振る 表情・その他 ()	
		周囲の人→本人	伝達手段はありますか？→話し言葉で理解可・単語なら理解可・指さし・文字で書く 絵カード・その他 ()	
		言語理解	視覚優位・聴覚優位・両方・分からない・その他 ()	
	興味関心	<好きな物>例) 好きな遊び・キャラクター等		
<苦手な物>例) ○○の音/暑さ/服のタグ/○○のにおい/暗い部屋/賑やかな環境				

集 団 生 活	状 況 確 認	集団参加、集団行動のようす
	要 望	学校に対する要望があれば教えてください。
		お子さまの状況、状態としてどのような状態になる事を望まれますか？
		特定の授業や時間帯など、特に見てほしい点がありますか？ 例) 国語の時間 朝がつらそう 給食時間 昼休み など
	確 認	学校の子どもたちに対して、支援員の訪問目的がお子さまである事を伝えても良いですか？ 伝えても良い 支援クラス内では伝えても良い 伝えたくない ※ご本人と先生にはお伝えした上での訪問となります。
		保護者様と先生との関係を教えてください。 担任 : 良い・普通・悪い 詳細 : その他 : 良い・普通・悪い 詳細 :
そ の 他		