



保育所等訪問支援  
Good at

アセスメントシート (ホップ)

年 月 日

|            |   |              |             |   |
|------------|---|--------------|-------------|---|
| フリガナ<br>氏名 | 男<br>女  | 呼び名          | 生年月日<br>年齢  | 平成 令和<br>年 月 日 歳  |
| 住所         | 〒<br>TEL :  |              |             |   |
| 所属         | 園・施設名<br>クラス名 ( )                                     | 相談事業所等       | 事業所名<br>担当名 | <input type="checkbox"/> 未利用<br><input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> セルフプラン |
| 診断名        |   | 診断を受けた<br>病院 | 院名<br>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<br>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<br>氏名 | 続柄                |  |
|     | 電話         | ( 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯 ) |  |
| 優先1 | フリガナ<br>氏名 | 続柄                |  |
|     | 電話         | ( 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯 ) |  |
| 優先1 | フリガナ<br>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 | 児童発達支援 ・ 療育園<br>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 | 児童発達支援 ・ 療育園<br>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 | 児童発達支援 ・ 療育園<br>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

|      |  |                              |         |
|------|--|------------------------------|---------|
| 生活習慣 | 食事   | 食べられる物は限定されていますか？→ はい・いいえ    | 食物アレルギー |
|      |  | お子さんは具体的にどんな食べ物を限定して食べていますか？ | (有・無)   |
|      | 食事の形態(通常食・離乳食・きざみ食・ペースト食・その他【                        | 対象:                          |         |
|      | 食事は一人で食べることができますか？(自立・一部介助・全介助)                      |                              |         |
|      | 食べる時に利き手はどちらですか？(右・左・定まっていない)                        |                              |         |
|      | スプーン・フォークを使用できますか？(はい・いいえ)                           |                              |         |
|      | 箸を使って食べることができますか？(はい・いいえ・トレーニング中)                    |                              |         |
|      | コップ・ストローを使って飲むことができますか？(はい・いいえ)                      |                              |         |
| おやつ  | 食べられる物は限定されていますか？→ はい・いいえ                            |                              |         |
|      | お子さんは具体的にどんなお菓子を食べていますか？                             |                              |         |
| 飲み物  | 飲める物が限定されていますか？→ はい・いいえ                              |                              |         |
|      | お子さんは具体的にどんな飲み物を飲んでいますか？                             |                              |         |
| 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)                  |                              |         |
|      | 下衣 (着る: 自立・一部介助・全介助)                                 |                              |         |
| 排泄   | 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)       |                              |         |
| 入浴   | 排便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 )                       |                              |         |
| 睡眠   | 排便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                      |                              |         |
| 発達状況 | 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                            |                              |         |
| 危険回避 | 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)              |                              |         |
| 意思表示 | 夜泣きをしますか？ → はい・いいえ                                   |                              |         |
|      | 利き手は決まっていますか？ → 右・左・定まっていない                          |                              |         |
| 危険回避 | お手本を見て丸が描けますか？ → 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                    |                              |         |
| 意思表示 | ボタン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                |                              |         |
|      | ファスナーを自分で操作することはできますか？→ かけることができる・上げることができる・させたことがない |                              |         |
| 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                      |                              |         |
| 意思表示 | 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  |                              |         |
| 意思表示 | 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    |                              |         |
|      | 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  |                              |         |

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 発達状況 | ニーズ | <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                                |
|      | その他 | (常同行動、パニック、その他特徴的な行動)<br>例) 思い通りにいかない時に癇癪になる→好きな玩具で遊ぶことで気持ちを切り替えることができる |

## ▼集団生活の様子

|      |      |  |
|------|------|--|
| 集団生活 | 状況確認 | 園で本人が困難、不安を感じている場面はありますか？                                  |
|      |      | 対人関係について<br>・友達との関係はどうか？<br><br>・先生との関係はどうか？               |
|      |      | 園で本人が楽しく過ごせたり、うまくいくこと、得意な事がありますか？<br>またそれは誰からの発信で理解していますか？ |
|      |      | 家と園で異なる本人の様子はありますか？  |
|      |      | 現在園から既に受けている配慮があれば教えてください。                                 |

|                  |                  |   |
|------------------|------------------|---|
| 集<br>団<br>生<br>活 | 状<br>況<br>確<br>認 | 集団参加、集団行動のようす   |
|                  | 要<br>望           | 園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？  |
|                  |                  | 特定の時間帯など、特に見てほしい点がありますか？<br>例) 朝がつらそう 給食時間など  |
|                  | 確<br>認           | 園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？<br>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<br>※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。<br>担任 : 良い・普通・悪い 詳細 :<br>その他 : 良い・普通・悪い 詳細 :                                     |
| そ<br>の<br>他      |                  |   |