



# 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"/> 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
④ 移動	<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 <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
⑤ 衣服着脱	<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
⑥ 車で外出する時	<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
⑦ 徒歩等で外出する時	

## 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