

# アセスメントシート（本人情報）

記入日：20 年 月 日

<b>本人</b>		スパーク稲城オレンジ	
フリガナ	生年月日	20 年 月 日	
氏名	年齢	才 月	
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
幼稚園・保育園名	血液型	A ・ B ・ AB ・ O	
登園状況	診断名	なし・あり（ ）	
受給者証の有無	あり・なし・申請中	服薬名	なし・あり（ ）
医療機関名	なし・あり（ ）	アレルギー	なし・あり（ ）

<b>保護者</b>			
フリガナ	続柄	所属する会	なし・あり（ ）
氏名		電話番号①	
		電話番号②	
住所 〒		Mail①	
		Mail②	
交通手段	電車 ・ 自家用車 ・ 自転車 ・ 徒歩		

<b>紹介者</b>	医療機関（ ）・友人（ ）・幼稚園 保育園（ ） 発達相談支援センター（ ）・保健所・HP・SNS・その他（ ）
------------	---

<b>個人情報</b>			
言語	指さしジェスチャー ・ 単語 ・ 二語文 ・ 会話		
特性	感覚特性	なし・敏感・鈍磨・刺激追及（ ）	
	運動機能	なし・発達性協調運動障害・その他（ ）	
	こだわり行動	なし・あり（ ）	
	その他		
生活環境	食事・運動・睡眠	<input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則	
	他施設利用	なし・あり⇒ 個別（週 回利用 施設名 ） 集団（週 回利用 施設名 ）	
身辺自立	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部補助 <input type="checkbox"/> 全面補助	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部補助 <input type="checkbox"/> 全面補助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部補助 <input type="checkbox"/> 全面補助	

<b>家族の状況</b>			
氏名	続柄	世帯	職業・健康状態など
		同・別	
		同・別	
		同・別	
		同・別	

氏名

---

---

1 好きな遊び

--

2 嫌いなことや苦手なこと

--

3 希望する暮らし・生活

--

4 特に支援してほしいこと

--

5 支援をするときに気を付けてほしいこと

--

6 その他（気になることがあれば記入してください）

--