法人名：

事業所名：

**アセスメントシート**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（イニシャル） |  | 性別 | 男　・　女 | 知能指数(IQ) |  |
| 年齢 | 　　　　　　　　　歳 |
| 療育手帳 |  | 障害支援区分 |  | 重度加算 | あり　・　なし |
| 診断名 | 知的障害（程度　　　　）　・　　自閉症　　・　アスペルガー症候群　　・　　AD/HD 広汎性発達障害　・　てんかん　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**＜基本的な事項＞**

|  |
| --- |
| **食事** 自立・一部支援（見守り、声かけ等）・全支援（該当する上記項目を囲んでください。また空欄に具体的な事項があればご記入ください。）具体的な事項： |
| **排泄**　自立・一部支援（見守り、声かけ等）・全支援（該当する上記項目を囲んでください。また空欄に具体的な事項があればご記入ください。）具体的な事項： |
| **入浴**　自立・一部支援（見守り、声かけ等）・全支援（該当する上記項目を囲んでください。また空欄に具体的な事項があればご記入ください。）具体的な事項： |
| **睡眠状況** |
| **日中活動** |
| **余暇活動** |

**＜行動の特徴・行動障害の状況など＞**

|  |
| --- |
| **問題となっている行動（3つ程度）　　※　出来るだけ具体的に** |
| **問題となっている行動の経過** |
| **問題となっている行動への支援状況（できるだけ具体的に）** |

**＜コミュニケーション＞**

|  |
| --- |
| **支援者からの働きかけについてどの程度理解できていますか？理解できるもの全てにチェックをしてください。** □　言葉＜二語以上・二語文程度・単語程度＞・□　文字　・□　絵や写真カード　・□　実物で示す□　ジェスチャー、サイン、指差し　・□　生活の流れのパターン　・□　周囲の動作（モデル）□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **対象者の方からの伝え方について、当てはまるものすべてにチェックをしてください。**□　言葉＜二語以上・二語文程度・単語程度・音声「オッ、アッ」等　　　　独特な文法や言い回し(具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)＞□　文字を見せる　・□　絵や写真カードを見せる　・□　実物を見せる　□　関連する動作（ジェスチャ・クレーン等）　・□　直接的な行動（目的のものを取りにいくなど）□　自分からの表出はあまり見られない |
| **本人がよく伝えようとする内容** |

**＜スキル等＞**

|  |
| --- |
| **本人が持っているスキル（プットイン・マッチング・上から下の理解・時計、タイマーの意味・色、形の理解など）** |
| **終わりを何で知ることができるか？（フィニッシュボックスにいれる・指示・タイマー・材料がなくなったらなど）** |

**＜好きなこと・嫌いなこと＞**

|  |
| --- |
| **本人の好きなこと・得意なこと　（場所・もの・遊び・活動など具体的に）**  |
| **本人の嫌いなこと・苦手なこと　（場所・もの・遊び・活動など具体的に）** |
| **好きなこと・嫌いなことに関する具体的な事項**（○○が好きすぎて他者の物でも取ろうとする・きりがなくなる・△△が嫌いすぎて見るだけで自傷行為が始まる・・など） |
| **ごほうびや動機付けとして有効なもの（好きな食べ物、活動、おもちゃなど具体的に）**  |