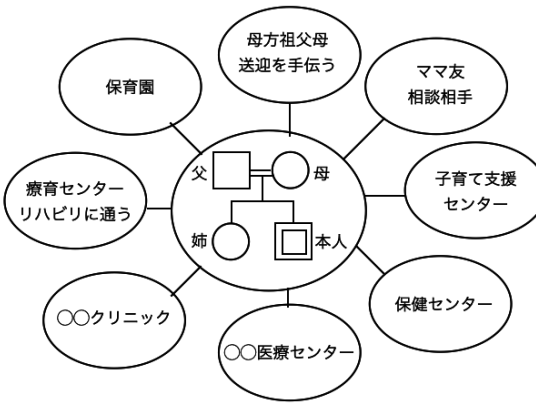


アセスメントシート

記入日 年 月 日
 記入者 _____

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	年	月	日
住所					
連絡先	氏名	続柄	電話	メール	
家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業	健康状態

以下の欄のご記入は書ける範囲でけっこうです。不明な点、判断に迷う点は空欄でかまいません。書ききれなければ別紙でもOKです。

エコマップ	<p>右の例を参考に、お子さまの育ちをサポートしてくれるところ、人をお書きください。日ごろ通うところ、相談・利用したことのある医療機関や保健福祉サービス、幼児教室、頼れる親族・友人など、思いつくもの1つだけでもかまいません</p>	<p>例)</p> 
	<p>母子手帳の特記事項、医療機関や乳幼児健診で診断あるいは指摘されたことがありますか？ それはいつ頃、どのような内容でしたか？</p>	<p>健康上の留意事項はありますか？ アレルギー、常用薬、てんかん発作など</p>
生育・発達歴		健康

生活リズム	<p>起床、食事、入浴、就寝など平日の生活についてお書きください。リズムが不規則など気になる点がありますか？</p> <p>AM 6 7 8 9 10 11 12 PM 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</p> 		
食事	<p>スプーン、フォーク、お箸は使えますか？ ストロー、コップで飲むことができますか？ 偏食など気になることがありますか？</p>	更衣	<p>かぶりのシャツ、パンツ、ズボン、靴下、靴の脱着はできますか？ ボタンのとめはずしはできますか？ 服の選り好みなど気になることはありますか？</p>
整容・入浴	<p>歯磨き、うがい、洗顔、お風呂で体や髪を洗うことはできますか？ 歯磨きやお風呂を嫌がるなど、気になることがありますか？</p>	トイレ	<p>オムツ・トレーニングパンツ・おまるを使っていますか？ トイレを失敗するなど、気になることはありますか？</p>
気になる点	<p>お子さまにあてはまると思うものに印をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> 姿勢が悪い <input type="checkbox"/> なにかと不器用 <input type="checkbox"/> 特定の音やにおいを極端に嫌がる <input type="checkbox"/> 回るものをいつまでも見ていることがある <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 注意が移りやすい <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い <input type="checkbox"/> 片づけが苦手 <input type="checkbox"/> 物をまっすぐ並べるなど特定のことに固執する <input type="checkbox"/> 先の見通しがつかないと不安になる <input type="checkbox"/> 好きなものを見るときいきなり走り出してしまう <input type="checkbox"/> 視線があいにくい <input type="checkbox"/> 年齢に比べてことばが遅い <input type="checkbox"/> 会話はオウム返しが多い <input type="checkbox"/> 人の話を聞いていないことが多い <input type="checkbox"/> ほかのこどもに関心を示さない <input type="checkbox"/> 気に入らないことがあると自分の頭を叩いたり手を噛んだりすることがある <input type="checkbox"/> 親ぎょうだい、おともだちを叩くことがある</p> <p>上記以外で気になる点がありましたらお書きください。</p>		
好き嫌い	<p>好きなこと、得意なこと</p> <p>嫌いなこと、苦手なこと</p>		
夢・期待	<p>お子さまにこれから見つけてほしい「夢」、こんなふう to 育ててほしいと期待することをお書きください。お子さまとご家族の幸せのためにCosmoリバシティに相談したいこと、どんな支援を望まれるかもあわせてお書きください。</p>		