

子育て広場のびのびパレット アセスメントツール

(面談・訪問)

氏名： 訪問年月日： 年 月 日		目的（事前に具体的に記入）				
担当者 氏名						
障 が い 児 本 人 の 概 要	病歴・障がい歴	年月	事項	年月	事項	
	障がい・疾病	<input type="checkbox"/> 身体障がい <input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 障がい名・診断名・疾病名（ ）				
	障がい手帳	身障手帳（ 、 級） 療育手帳（ ） 精神保健福祉手帳（ 級）				
	障がい程度	<input type="checkbox"/> 小児区分1 <input type="checkbox"/> 小児区分2 <input type="checkbox"/> 小児区分3 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 医療型 <input type="checkbox"/> 療養介護型				
	医療機関利用状況[現在の受診状況、受診科目、頻度、主治医、どの疾患での受診]					
	医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護				
	医療費の助成等	<input type="checkbox"/> 自立支援医療費（ <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院） <input type="checkbox"/> 重度障がい者医療費助成 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患費助成 <input type="checkbox"/> 難病医療費助成				
	現在利用している福祉サービスや福祉用具					
	生活状況 [平日の生活1日の流れ] *週間生活表が必要な場合は別紙に記入					
	本児					
保護者						
[休日などの生活の1日の流れ] *いくつかの1日の生活の流れがあれば、別紙に記入						
本児						
保護者						

7 連携情報について

【関係職種の情報】

【対応者総合所見（注意すべき点，気になる点を含む）】