



児童発達支援教室 にじのそら アセスメントシート

令和 年 月 日

児童発達支援管理責任者：平間博之

フリガナ		父	フリガナ	
氏 名	(歳)		氏 名	
			勤務先	
生年月日	平成 / 令和 年 月 日	母	フリガナ	
住 所	〒 名古屋市		氏 名	
			勤務先	
		メールアドレス		
電話番号①	()	電話番号②	()	

① ②の順にご連絡いたします。()にどなたの電話かをご記入ください ↑

学校 / 園		診断名 等	
学 年	年少・年中・年長 年生	手 帳	愛護(療育)・身体障がい・精神・なし
学 級	普通級・通級(週 回)・支援級	障害程度	種 級
担任等		療育判定	度

放課後の生活について

	学童・デイサービス	(名称)	塾・習い事、他	(名称)
日	有・無・不定期		有・無・不定期	
月	有・無・不定期		有・無・不定期	
火	有・無・不定期		有・無・不定期	
水	有・無・不定期		有・無・不定期	
木	有・無・不定期		有・無・不定期	
金	有・無・不定期		有・無・不定期	
土	有・無・不定期		有・無・不定期	

ご家族について

続柄	家族・同居人 氏名	年齢	備考	続柄	家族・同居人 氏名	年齢	備考

※ おばあさまなど、日頃サポートしてくれる方がいれば、同居でなくても追記してください。

お子様について教えてください。

好きなこと ・ 得意なこと		嫌いなこと ・ 苦手なこと	
全般:		全般:	
好きでよくしていること		苦手で取り組みづらいこと	
好きな食べもの: (食べたがる量など)		苦手/嫌いな食べ物: (食べられる程度)	
かかりつけ医療機関	電話番号	既往症等 (入院や大きなケガがあれば)	
出生時の状態		その後の指摘 (年齢)	常用している薬 有 ・ 無
分娩: 正常 ・ 異常 ・ 帝王切開	体重: g その他:	アレルギー 有 ・ 無	
通 所 に つ い て	発達面でのご希望 (ことば / 学習 など)	行動面でのご希望 (家庭 / 集団 など)	情緒面でのご希望 (不安 / 怒り など)
	その他		

ありがとうございました。今後もお気軽にお声掛け・ご相談ください。

