

家族による評価
(Family-Directed Assessment)

子どもの名前

ラストネーム

ファーストネーム

ミドルネーム

生年月日

月／日／年

評価に参加する家族	子どもと同居しているその他の家族やきょうだい
名前	名前
子どもとの関係	子どもとの関係
名前	名前
子どもとの関係	子どもとの関係
名前	名前
子どもとの関係	子どもとの関係

お子さんの「多角的総合評価（Multidisciplinary Evaluation, MDE）」の一環として、任意のご家族による評価に参加する機会が設けられています。皆さまのご参加は、お子さんのケアや発達の促進に関するご家族の懸念事項や優先順位、また利用可能なリソースを把握する上で役立ちます。これらはすべて、早期介入サービスによって期待される成果を検討する際の重要な情報となります。保護者としての育児スキルを評価するテストではありません。家族による評価は、評価チームの担当者との個別面談において、あなたやほかのご家族から提供された情報に基づいて行われます。

この評価は、お子さんやご家族の皆さまのために、早期介入サービスやその他の地域サービスおよび支援から、最も必要なものが何であるかを考える上でも役立ちます。さらに、お子さんが早期介入プログラム（Early Intervention Program, EIP）の対象になることが判断された場合には、あなたと個別家族サービス計画（Individualized Family Service Plan, IFSP）チームがIFSPミーティングに向けた計画を立てる際にも役立てられます。ご提供いただいた情報はすべて厳重に管理されます。評価書に記載された情報については、どの内容を評価報告書に含めるか、また個別家族支援計画（IFSP）ミーティングで話し合うかをご自身で決定できます。

家族による評価への参加についてご判断いただく前に、何かご質問などはありませんか？

以下のどちらかにチェックを入れて署名してください。

- ☐ はい、家族による評価に参加します。
- ☐ いいえ、家族による評価には参加しません。

親／法的保護者の署名

日付

次の点にご注意ください：記入する家族による評価フォーム（Family-Directed Assessment Form）に、家族による評価への参加に同意する親または保護者が電子署名を使用する場合、その電子署名には、署名の日時を含む電子署名の認証マーカ（Adobe Acrobat、DocuSignなどのアプリケーションによる利用が可能）も含める必要があります。この保護手段が利用できない場合は、家族による評価フォームを印刷し、親または法的保護者が印刷した紙面に同意の署名ができるようにする必要があります。

評価実施者の署名

日付

以下の項目について、支援または 情報が必要ですか？	「はい」または「いいえ」 にチェックを入れてください	具体的にご説明ください
お子さんの発達におけるニーズ	☐ はい ☐ いいえ	
お子さんの発達の遅れや障害に関する情報	☐ はい ☐ いいえ	
住居、食事、衣服について	☐ はい ☐ いいえ	
就職先について	☐ はい ☐ いいえ	
電話、テクノロジー関連 (例：インターネット)	☐ はい ☐ いいえ	
医師や専門家の探し方について	☐ はい ☐ いいえ	
保育・託児サービスの探し方について	☐ はい ☐ いいえ	
介護者が休息するための支援 (レスパイト・ケアなど)	☐ はい ☐ いいえ	
メンタルヘルスに関する情報や支援	☐ はい ☐ いいえ	
お子さんの発達の遅れや障害への 向き合い方	☐ はい ☐ いいえ	
発達の遅れや障害のあるきょうだいに適応 するためのきょうだいへの支援	☐ はい ☐ いいえ	
機器、用品、支援機器 (assistive technology devices, ATDs)、関連サービス	☐ はい ☐ いいえ	
自宅や地域で楽しめる家族向けの アクティビティや遊びのアイデア	☐ はい ☐ いいえ	
お子さんが地域社会に溶け込みさまざまな 活動に参加できるようになること	☐ はい ☐ いいえ	
地域内の他の家族との交流	☐ はい ☐ いいえ	
お子さんの日常生活をサポートするための 自宅の環境整備	☐ はい ☐ いいえ	
家族向けのトレーニングや学び	☐ はい ☐ いいえ	
将来への備えー想定しておくべきことにつ いて	☐ はい ☐ いいえ	

優先事項、リソース、懸念されることは何ですか？	具体的にご説明ください
起床・就寝の習慣（例：お子さんは起きたことをあなたにどうやって知らせますか？お子さんのお昼寝や就寝時、お子さんは一人で寝られますか？様子をご説明ください。）	
食事や授乳の習慣（例：お子さんがどのように食べ、飲み、お腹が空いたことを知らせるか、また好きな食べ物、食べにくい食べ物について教えてください。）	
おむつ交換や着がえの習慣（例：おむつ交換時のお子さんの様子や、着がえの様子など）	
室内・屋外での遊びの習慣（例：好きなおもちゃは？屋外は好きですか？普段の遊びの習慣について、誰と遊ぶことが多いですか？）	
お風呂の習慣（例：お子さんとお風呂の時間の様子を教えてください。）	
用事や外出の準備に関する習慣（例：外出時や、1つの活動から別の活動へ切り替える際のお子さんの様子を教えてください。）	
家族で過ごすときの習慣（例：ファミリータイムはどのように過ごしていますか？楽しみとしてどのようなことをしていますか？）	
親子の関係や関わり方（例：お子さんとどのように関わったり、遊んだりしていますか？）	
支援のリソース（例：家族、親戚、教会、WIC、Medicaid、医師、SSIなど）あなたをサポートしてくれる人は誰ですか？EIP以外に、ご家族が利用しているプログラムはありますか？どのような支援への連絡をご希望ですか？	
お子さんご家族に関して、まだ私たちと話し合っていない優先事項、リソース、懸念事項はありますか？ある場合、具体的にご説明ください。	

評価報告書に含めることを希望しない情報や、IFSPミーティングで取り上げることを希望しない情報はありますか？具体的にご説明ください：

担当のサービスコーディネーターが、早期介入プログラム以外のサービスを含め、ご家族の助けとなる他のプログラムやサービスに関する情報やリソースをご案内します。