

児 童 用 調 査 票

対象者氏名

- ・支援度合は、適切な支援や環境が整っていない状況を想定して選択してください。
- ・できるときとできないときがある場合は、できない場合に基づき選択してください。

項 目		支 援 度 合	判 断 基 準	
1	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	ほぼ介助を要しない おかずを刻むなど一部介助を要する 全面的に介助を要する。	
2	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	ほぼ介助を要しない 便座に座らせる、お尻を拭くなど一部介助を要する 全面的に介助を要する。(おむつ使用も含む)	
3	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	ほぼ介助を要しない 体の一部を洗う、体を拭くなど一部介助を要する 全面的に介助を要する。	
4	移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	ほぼ介助を要しない 手を引く、見守るなどの一部介助を要する 全面的に介助を要する。	
5	行動及び症状	1 ない 2 週1回以上 3 ほぼ毎日(週5日以上)		
	1	2	3	※該当する番号に○印を付ける。
	☐	☐	☐	①強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動や危険の認識に欠ける行動
	☐	☐	☐	②睡眠障がいや食事・飲水・排泄に係る不適応行動
	☐	☐	☐	③自分を叩いたり傷つけたり他人を叩いたり蹴ったり、器物を壊したりする行為
	☐	☐	☐	④気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考が低下する
	☐	☐	☐	⑤再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常動作に時間がかかる
	☐	☐	☐	⑥他者と交流することの不安や緊張のため外出できない。また、自室に閉じこもって何もしていない。
☐	☐	☐	⑦学習障がいのため、読み書きが困難	

※ 行動及び症状は各項目に該当する状態を記入(1/2/3)

※ 多子軽減 第2子 ☐ 第3子以降 ☐ (未就学児のみ対象)

児童用調査票(放課後等デイサービス利用者用)

以下の項目ごとに、該当する「支援の度合い」の欄に「○」印を記載してください。

対象者氏名 _____

- ・支援度合は、適切な支援や環境が整っていない状況を想定して選択してください。
- ・できるときとできないときがある場合は、できない場合に基づき選択してください。

項目	支援の度合い			
コミュニケーション	日常生活に支障がない	○特定の者であればコミュニケーションできる ○会話以外の方法でコミュニケーションできる	○独自の方法でコミュニケーションできる ○コミュニケーションできない	
説明の理解	説明を理解できる	理解できない	理解できているか判断できない	
大声・奇声を出す	○支援が不要 ○希に支援が必要 ○月に1回以上の支援が必要	週に1回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
異食行動	○支援が不要 ○希に支援が必要 ○月に1回以上の支援が必要	週に1回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
多動・行動停止	○支援が不要 ○希に支援が必要 ○月に1回以上の支援が必要	週に1回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
不安定な行動	○支援が不要 ○希に支援が必要 ○月に1回以上の支援が必要	週に1回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
自らを傷つける行為	○支援が不要 ○希に支援が必要 ○月に1回以上の支援が必要	週に1回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
他人を傷つける行為	○支援が不要 ○希に支援が必要 ○月に1回以上の支援が必要	週に1回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
不適切な行為	○支援が不要 ○希に支援が必要 ○月に1回以上の支援が必要	週に1回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
突発的な行為	○支援が不要 ○希に支援が必要 ○月に1回以上の支援が必要	週に1回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
過食・反すう等	○支援が不要 ○希に支援が必要 ○月に1回以上の支援が必要	週に1回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
てんかん	なし・年1回以上	月に1回以上	週1回以上	
そううつ状態	○支援が不要 ○希に支援が必要 ○月に1回以上の支援が必要	週に1回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
反復的行動	○支援が不要 ○希に支援が必要 ○月に1回以上の支援が必要	週に1回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
対人面の不安緊張、 集団生活への不応	○支援が不要 ○希に支援が必要 ○月に1回以上の支援が必要	週に1回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
読み書き	支援が不要	部分的な支援が必要	全面的な支援が必要	