

児童用調査票

対象者氏名 _____

項目	支援度合	判断基準
1	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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。
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)
5	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)