

児童調査票(2)

行動援護 を申請される方は以下の項目の該当箇所に☑をお願いします。

※「短期入所」を申請される方は裏面の調査票の記入もお願いします。

	0点			1点	2点
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可 ☐会話以外の方法で コミュニケーション可	☐独自の方法でコミュニケーション可 ☐コミュニケーションできない
説明の理解	☐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	☐週に1回以上	☐ほぼ毎日（週5日以上） 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	☐週に1回以上	☐ほぼ毎日（週5日以上） 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	☐週に1回以上	☐ほぼ毎日（週5日以上） 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	☐週に1回以上	☐ほぼ毎日（週5日以上） 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	☐週に1回以上	☐ほぼ毎日（週5日以上） 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	☐週に1回以上	☐ほぼ毎日（週5日以上） 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	☐週に1回以上	☐ほぼ毎日（週5日以上） 支援が必要
突発的な行動	☐支援が 不要	☐希に支援 が必要	☐月に1回 以上	☐週に1回以上	☐ほぼ毎日（週5日以上） 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	☐週に1回以上	☐ほぼ毎日（週5日以上） 支援が必要
てんかん	☐なし		☐年1回以上	☐月1回以上	☐週1回以上

(市記入欄) 合計 _____ 点

児童調査票(2)

短期入所 を申請される方は以下の項目の該当箇所に☑をお願いします。

※「行動援護」を申請される方は裏面の調査票の記入もお願いします。

「ひどく」や「激しい」について判断に迷う場合は、当該児童の行動等によって、児童本人または家族等の「日常生活に支障が生じるかどうか」、「常に人がついていないと危険な状態になる可能性が高いかどうか」で判断してください。

行動障害の内容	目安	0点	1点	3点	5点
ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、つめをはぐなど。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> 1日中
ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	噛みつき、蹴り、なぐり、髪ひき、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> 1日に頻回
激しいこだわり	強く支持しても、どうしても服を脱ぐ、どうしても外出を拒みとおす、何百メートルも離れた場所に戻りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> 1日に頻回
激しい器物破損	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などを壊し、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服をなんとしてでも破ってしまうなど。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> 1日に頻回
睡眠障害	昼夜逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるとか、椅子に座っていられず、皆と一緒に食事できない、便や釘・石などを食べ体に異常をきたした偏食など。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎食
排せつに関する強度の行動	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁面になすりつける、強迫的に排尿排便行為を繰り返すなど。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
著しい多動	身体・生命の危険につながる飛び出しをする、目を離すと一時も座れず走り回る、ベランダの上など高く危険なところ上がるなど。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	たえられない様な大声を出す、一度泣き始めると大泣きが何時間も続くなど。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 1日中	<input type="checkbox"/> 絶えず
沈静化が困難なパニック	一度パニックが出ると、体力的にもとてもおさまられずつきあっていかれない状態になるなど。	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり
他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を取り、関わっている側が恐怖を感じさせられるような状況があるなど。	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり

(市記入欄) 合計 点