

就学児のサービス利用にかかる調査票①



こちらの調査は、放課後等デイサービスなどを利用されるうえでの支援の度合いを判断するためのものです。
通われている事業所や計画相談事業所の支援者と一緒に記入したり、記入をお願いしても差し支えありません。

記入年月日	年	月	日	記入者名（続柄）	（ ）
ふりがな	生年月日			年齢	
児 童 名	平成・令和 年 月 日			歳	
療育手帳	在籍学校名（3月に回答する場合は、4月からの在籍予定をご記入ください。）				
有 ・ 無	学校 年 通常級・支援級・その他（ ）				

最近1か月程度のご様子で、当てはまる内容に ☒ をご記入ください。

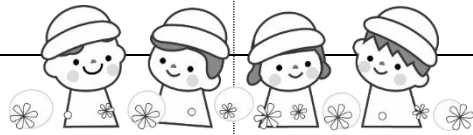
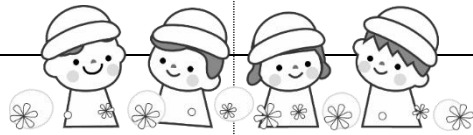
なお、地区担当のケースワーカーより内容等について詳しくお話を伺うことがあります。

① コミュニケーション：家族や友達、支援者との意思疎通ができるかどうか、その方法について。		
☐ 支援不要	☐ 特定の人（保護者等）としかコミュニケーションがとれない、会話以外での方法（絵カード・指差し等）	☐ コミュニケーションできない、一方的、オウム返し等
② 説明の理解：他者からの説明の理解に、どの程度支援を必要としているか。		
☐ 支援不要	☐ 簡単な説明に対して聞いても、行動が伴わない	☐ 簡単な口頭での説明も理解が難しい
③ 大声・奇声を出す：周囲が驚いたり、他者の迷惑になるような大声・奇声や物などを使って不快な音を出すことがあるか。		
☐ なし	☐ 月1回程度以上支援が必要	☐ 週1回程度以上支援が必要
④ 異食行動：食べられないもの（石や砂、おもちゃ、地面に落ちているもの）を口に入れるなどの危険があるか。		
☐ なし	☐ 支援が必要な場合がある	☐ 常に支援が必要
⑤ 多動・行動停止：特定の物や人への強い興味関心から、思うとおりにならないと落ち着きなく体が動いたり、体の一部を常に動かしていたり、または気になるものや言われたひとことによって動作が止まったりすることがあるか。		
☐ なし	☐ 月1回程度以上支援が必要	☐ 週1回程度以上支援が必要
⑥ 不安定な行動：特定の物、人、ルール等に固執し、変更があるとパニックになったり突然泣き出すことがあるか。		
☐ なし	☐ 月1回程度以上支援が必要	☐ 週1回程度以上支援が必要
⑦ 自らを傷つける行為：自分の体を叩いたり、頭を床に打ち付けるなど、自分の体を傷つけることがあるか。		
☐ なし	☐ 該当行為がある	☐ 常に見守りや個別対応が必要な状態
⑧ 他人を傷つける行為：他者を叩く、蹴る等の行為や物を壊したり投げたりする行為、他者への暴言や過剰な干渉があるか。		
☐ なし	☐ 該当行為がある	☐ 常に見守りや個別対応が必要な状態
⑨ 不適切な行為：興味が優先したり、意思表示や判断ができなかったりするなどにより、他人に抱きつく、覗き込む、断りなく物を取る、急に接近することやささいな出来事で頻繁にかんしゃくをおこすなどがあるか。		
☐ なし	☐ 月1回程度以上支援が必要	☐ 週1回程度以上支援が必要
⑩ 突発的な行動：危険の認識が弱く、興味関心がある方へ走っていったしまうなどの突発的な行動があるか。		
☐ なし	☐ 月1回程度以上支援が必要	☐ 週1回程度以上支援が必要

《裏面も忘れずに記入をお願いします。》

⑪ 過食・反すう等：過食や拒食、際限なく水を飲み続ける、極端な偏食、吐き戻しなどの食に関する問題行動があるか。		
☐ なし	☐ 月 1 回程度以上支援が必要	☐ 週 1 回程度以上支援が必要
⑫ てんかん：てんかんによる支援の必要性があるか。		
☐ なし	☐ 投薬はないが、経過観察あり	☐ てんかんの診断、投薬あり
⑬ そううつ状態：気分が憂鬱で悲観的になったり、考えがまとまらずに日常生活に支障をきたす、気分の高揚による多弁や多動、過度な興奮、または睡眠に課題があり、夜中に何度も目が覚める、昼夜逆転などがあるか。		
☐ なし	☐ 月 1 回程度以上支援が必要	☐ 週 1 回程度以上支援が必要
⑭ 反復的行動：物や行為にこだわり特定の行為を繰り返す、儀式的な行為をするなどで、動作に時間がかかり日常生活に支障をきたす、くるくる回るものやキラキラするものに集中して動けなくなることなどがあるか。		
☐ なし	☐ 月 1 回程度以上支援が必要	☐ 週 1 回程度以上支援が必要
⑮ 対人面の不安緊張、集団生活への不適応：人との関係で緊張状態になり集団活動に参加できない、不安緊張が高まるとその場で動けなくなってしまう、音やにおい、色などの感覚過敏があり、特定の物しか食べられない、特定の服しか着ることができない、一定期間学校や事業所等行けず、家に引きこもるなどがあるか。		
☐ なし	☐ 月 1 回程度以上支援が必要	☐ 週 1 回程度以上支援が必要
⑯ 読み書き：文字を読むこと、書くことについて支援が必要か。		
☐ 支援不要	☐ 見守りや口頭での補足説明が必要	☐ 文字では理解できない

※ 下の調査票の内容は、強度の行動障害（危険につながる行為や周囲に影響を及ぼす行動）の有無を判定するものになります。当てはまるものがあれば ○ をつけてください。

行動障害の内容	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	週に1回以上	1日に1回以上	1日中	
ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回	
激しいこだわり	週に1回以上	1日に1回以上	1日に頻回	
激しい器物破損	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回	
睡眠障害	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日	
食べられない物を口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	週に1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食	
排泄に関する強度の障害（便をこねる、投げるなど）	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日	
通常とは違う声を上げたり、大声を出すなどの行為	ほぼ毎日	一日中	絶えず	
鎮静化が困難なパニック				あり
他人に恐怖感を与える粗暴な行為				あり

記入にあたり、ご不明な点は市障がい福祉課にお問合せください。 電話：0465-33-1468