

放課後等デイサービス 指標該当聞きとり表

通所先事業所名: _____ 児童氏名: _____

保護者の方が、それぞれの項目のあてはまる箇所に☑をして下さい

項目	0点	1点	2点
コミュニケーション 家族や支援者等と意思の疎通ができる	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない	<input type="checkbox"/> 特定の者であればコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> 会話以外の方法でコミュニケーションできる	<input type="checkbox"/> 独自の方法でコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> コミュニケーションできない
説明の理解 本人が使用するコミュニケーション方法での説明の理解の度合い	<input type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> 理解できない	<input type="checkbox"/> 理解できているか判断できない
大声・奇声を出す 周囲が驚いたり他者が迷惑となるような大声や奇声を出す	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
異食行動 食べられないものを口にいたり飲み込もうとする	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
多動・行動停止 興味関心が強く多動になったり、その対象にこだわって動かなくなる	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不安定な行動 状況等が変わることが受け入れられず、パニック状態になる等、行動が不安定になる	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
自らを傷つける行為 自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
他人を傷つける行為 他人を叩いたり蹴ったりする行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不適切な行為 興味が優先したり判断能力が不十分等により、他人に抱きついたり物を持ってきたり等する	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
突発的な行動 突然走っていなくなるような突発的行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
過食・反すう等 過食、過飲、拒食や一度飲み下した食物を口の中に戻す等、食に関する問題がある	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
てんかん てんかん発作	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 年1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上
そううつ状態 気分の憂鬱、又は高揚により危険防止の支援が必要な場合	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
反復的行動 特定の行為を反復したり儀式的な行為にとられる等により日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
対人面の不安緊張、集団生活への不適応 人に会うことで緊張状態、又は不安になり外出等ができない	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
読み書き 文章を読む、書くことについて支援が必要かどうか	<input type="checkbox"/> 支援が不要	<input type="checkbox"/> 部分的な支援が必要	<input type="checkbox"/> 全面的な支援が必要

※裏面あり

次の4項目のうち、**全介助**が必要な動作の支援の状況を記入して下さい。支援不要又は一部介助の場合は記入不要です。

全介助が必要な支援	具体的な支援の状況
食事	
排せつ	
入浴	
移動	

(市役所記入欄)		
行動項目	点	指標該当 有・無
要全介助動作	項目	