

就学児サポート調査書・勘案事項調査書 児童用別紙

記入日【 年 月 日 】

放課後等デイサービス、短期入所を利用する方は画面をご記入ください。

児童発達支援をご利用の方はこの面のみご記入ください。

対象児童名【	】 記入者名(続柄)【	()】
--------	-------------	------

事業所署名欄	
事業所名【	】 担当者名【
電話番号【	】

最近1か月の支援や配慮が必要な頻度で該当する項目に○をしてください。

なお、状況によって頻度に波がある場合は、1年間の平均をご記入ください。

	行動障害の内容	行動障害の目安の例示	回答(当てはまるものに○)			
1	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。	・ない ・週1回より少ない	週1回以上	日1回以上	1日中
2	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。	・ない ・月1回より少ない	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
3	激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐとか、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取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの。	・ない ・週1回より少ない	週1回以上	日1回以上	1日に頻回
4	激しい器物破損	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、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。	・ない ・月1回より少ない	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
5	睡眠障害	昼夜が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。	・ない ・月1回より少ない	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
6	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・石などを食べ体にも異常をきたした偏食など。	・ない ・週1回より少ない	週1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7	排泄つに関する強度の障害	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。	・ない ・月1回より少ない	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
8	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に入る。	・ない ・月1回より少ない	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
9	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。	・ない ・ほぼ毎日ではない	ほぼ毎日	1日中	絶えず
10	パニックへの対応が困難	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られない状態を呈する。	・ない	/	/	あり
11	他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為があり、対応が困難	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呈し、かか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。	・ない	/	/	あり

放課後等デイサービス、短期入所を利用する方は画面をご記入ください。

児童発達支援をご利用の方は表面のみご記入ください。

最近1ヶ月間の支援や配慮が必要な頻度で該当する区分に○をしてください。

なお、状況によって頻度に波がある場合は、1年間の平均をご記入ください。

項目	区分					
体の麻痺	ない	左上肢	右上肢	左下肢	右下肢	その他(指・首等)
寝返り	支援が不要	柵などに掴まれば自分でできる ・見守り、声かけが必要		部分的な支援が必要		全面的な支援が必要
歩行(義足、装具等利用者は装着時について)	支援が不要	手すりなどに掴まれば自分でできる ・見守り、声かけが必要		部分的な支援が必要		全面的な支援が必要
ベッドやトイレ等への移乗	支援が不要	見守り、声かけが必要		部分的な支援が必要		全面的な支援が必要
排尿	支援が不要		支援が必要な場合がある		常に支援が必要	
排便	支援が不要		支援が必要な場合がある		常に支援が必要	
レスピレーター(人工呼吸器)の継続的使用	なし			あり		
コミュニケーション(口頭での意思伝達ができる)	支援が不要		支援が必要な場合がある		常に支援が必要	
説明の理解	支援が不要		支援が必要な場合がある		常に支援が必要	
大声・奇声を出す	支援が不要		支援が必要な場合がある (月1回程度以上)		常に支援が必要 (週1回程度以上)	
異食行動	支援が不要		支援が必要な場合がある (飲み込んだりはしないが口に含むことがある)		常に支援が必要 (口に含み、飲み込んでしまう)	
多動・行動停止	支援が不要		支援が必要な場合がある (月1回程度以上)		常に支援が必要 (週1回程度以上)	
不安定な行動(パニック状態になる等)	支援が不要		支援が必要な場合がある (月1回程度以上)		常に支援が必要 (週1回程度以上)	
自らを傷つける行為	支援が不要		支援が必要な場合がある		常に支援が必要	
他人を傷つける行為	支援が不要		支援が必要な場合がある		常に支援が必要	
不適切な行動(急に他人に接近する、断りもなく物を持ってくる等)	支援が不要		支援が必要な場合がある (月1回程度以上)		常に支援が必要 (週1回程度以上)	
突発的な行動(突然走っていったしまう等)	支援が不要		支援が必要な場合がある (月1回程度以上)		常に支援が必要 (週1回程度以上)	
過食・反すう等食に関する行動上の問題	支援が不要		支援が必要な場合がある (月1回程度以上)		常に支援が必要 (週1回程度以上)	
てんかん	支援が不要		支援が必要な場合がある (経過観察あり)		常に支援が必要 (診断あり)	
そううつ状態	支援が不要		支援が必要な場合がある (月1回程度以上)		常に支援が必要 (週1回程度以上)	
反復的行動	支援が不要		支援が必要な場合がある (月1回程度以上)		常に支援が必要 (週1回程度以上)	
対人面の不安緊張、集団への不適応	支援が不要		支援が必要な場合がある (月1回程度以上)		常に支援が必要 (週1回程度以上)	
読み書き	支援が不要		支援が必要な場合がある (見守りや声掛け含む)		常に支援が必要	