

氏名			
所属	支援学校・小学校・中学校・高校（ 年）		
手帳の有無	身体障害者手帳	なし ・ あり（ 級）	
	療育手帳	なし ・ あり（ A・B ）	期限：令和 年 月
	精神障害者保健福祉手帳	なし ・ あり（ 級）	期限：令和 年 月 日
現在利用中のサービス （利用事業所）	<input type="checkbox"/> 放課後等サービス（ ）	<input type="checkbox"/> 移動支援（ ）	
	<input type="checkbox"/> 行動援護（ ）	<input type="checkbox"/> 日中一時支援（ ）	
	<input type="checkbox"/> 短期入所（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
相談事業所			
主にお世話をしている方	父 ・ 母 ・ 他（ ）		

●現在の様子について、あてはまる全てにをつけてください。  
 （「できる時とできない時がある場合」は、「できない場合」に基づき判断してください。）  
 ※該当する選択肢がない場合は、余白等に内容を記入して下さい。

<p><b>1 食事</b></p> <input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 食事中の見守りや食事の進捗状況で声かけが必要である <input type="checkbox"/> 食材を小さくする、時々大人が食事を口に運ぶ程度の支援があれば食べることができる <input type="checkbox"/> 手づかみや食べこぼしが多くみられる <input type="checkbox"/> 食器や食材を投げる等の行為がある <input type="checkbox"/> 常に支援が必要である
<p><b>2 食べ物をよく噛んで飲み込むことができますか</b></p> <input type="checkbox"/> 噛んで飲み込むことができる <input type="checkbox"/> 柔らかい食べ物を押しつぶして食べることができる <input type="checkbox"/> 口唇にスプーンをあてると口を開き、口を閉じて食べることができる <input type="checkbox"/> 丸呑みをする <input type="checkbox"/> 哺乳瓶などを使用している/口から食べるのが難しい
<p><b>3 排せつ（トイレ）</b></p> <input type="checkbox"/> 自分でできる（ <input type="checkbox"/> 尿意・便意あり） <input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあればトイレに移動して排泄することができる <input type="checkbox"/> 保護者が一部手伝っている（おしりを拭く、便座に座らせるなど） <input type="checkbox"/> 保護者が全て介助している（トイレへの誘導、衣類の上げ下げ、ふき取り等のすべての動作を介助する） <input type="checkbox"/> おむつ利用（ <input type="checkbox"/> 日中、 <input type="checkbox"/> 夜間） <input type="checkbox"/> おもらしがある（ <input type="checkbox"/> 尿、 <input type="checkbox"/> 便） <input type="checkbox"/> 排泄物に触れた手で周囲のものを触ったり、排泄物で遊ぶことがある
<p><b>4 入浴（入浴前の脱衣から、入浴中、入浴後の着衣までの一連の流れについて）</b></p> <input type="checkbox"/> 何らかの支援がなくても入浴の一連の流れのすべてを自分で行うことができる <input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあれば入浴することができる <input type="checkbox"/> 保護者が洗身・洗髪等を部分的に手伝う <input type="checkbox"/> 保護者が洗身・洗髪等を部分的にやり直す <input type="checkbox"/> 保護者が全部手伝う・全部やり直す
<p><b>5 移動（食事やトイレ、着替え等における必要な場所への移動や外出）</b></p> <input type="checkbox"/> 一人で歩くことができる <input type="checkbox"/> 一人で歩くことはできるが、安定性やバランス面で不安があり、近くで見守りが必要である <input type="checkbox"/> 一人で歩くことはできるが、手をつなぐなどのサポートや杖・保護帽などの補助具が必要 <input type="checkbox"/> 移動用具（車イス、バギー）を使用しており、一人で歩くことは難しい
<p><b>6 危険なことが分かり、気をつけることができますか</b></p> <input type="checkbox"/> 自発的に危険を回避することができる <input type="checkbox"/> 声かけ等があれば危険を回避することができる <input type="checkbox"/> 危険を回避するためには、支援者の介入が必要である
<p><b>7 着替え</b></p> <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 見守りや声かけがあればできる <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えばできる <input type="checkbox"/> 全部手伝う

**8 コミュニケーションについて**

日常生活に支障なく、新規の場所や初見の人とでも言葉を使ってやり取りできる

特定の人や、特定の話題であればコミュニケーションできる

特定の人しか理解できないサインで意思を表現する

主に行動や指差しなどで自分の意思を伝える（冷蔵庫の前に行く、他者の手を引いて物を取らせる等）

意思を伝えようとするが、方法が適切ではない（泣く・怒る・奇声をあげる等）

コミュニケーションをとることは難しい（会話のやりとりではなく一方的に話す、オウム返し等も含む）

---

**9 家族や友だち等が話しかけた内容を理解できますか**

説明を理解し、うなづいたり、返事をしたりし、説明に伴った行動ができる

説明をすべては理解できず、説明に応じた行動ができない

日常生活で、パターン化された行為（座る、食べる等）のみ理解できる

説明を理解できているか分からない

---

**10 時間帯と場所を選ばずに周囲が驚いたり、他者の迷惑となるような大声・奇声を出したり、物などを使って周囲に不快な音を立てたりしますか**

出さない      出す ⇒ 頻度：□月に1～3回程      週に1～4回程      ほぼ毎日

---

**11 食べられないもの（石や砂、玩具、地面に落ちて汚れている食べ物等）を口に入れますか**

ない      飲み込みはしないが口に含むことがある      物があると口に含み、飲み込む

---

**12 特定のものや人に興味関心が強く、思うとおりにならないと多動になったり、特定のものにこだわって動かなくなることがありますか** }

例 多動 落ち着きがなく動きまわってしまう、絶えず喋っている等

行動停止 本人の意志とは関係なく、次の行動に移ることが難しい

ない      ある ⇒ 頻度：□月に1～3回程      週に1～4回程      ほぼ毎日

---

**13 いつもの予定や状況が変わると受け入れられずパニック状態になることがありますか**

ない      ある ⇒ 頻度：□月に1～3回程      週に1～4回程      ほぼ毎日

●対応について（※上記で「ある」と答えた方のみ）

次の行動について声かけすると対応できる

次の行動につながる見本や写真などの視覚的な手がかりがあれば対応できる

声かけや視覚的な手がかりのみでは不十分であり、その他工夫が必要（アラーム、身体に触れて教える等）

---

**14 自分の体を叩いたり、頭を床に打ち付けたり等、自分の体を傷つけることがありますか**

ない      ある ⇒ 常時見守り：□必要      □不要

●対処方法について（※上記で「ある」と答えた方のみ）

特定の場所へ移動する等対応することで気持ちを鎮めることができる・長期化はしない

対処しようとしても乱暴な言動の収束にすぐは結び付かない・一定の時間をかけて落ち着くのを待つ

---

**15 人を叩く、髪の毛を引っばる、蹴る、暴言等、他人を傷つけたり、物を壊したりすることがありますか**

ない      ある ⇒ 常時見守り：□必要      □不要

●対処方法について（※上記で「ある」と答えた方のみ）

特定の場所へ移動する等対応することで気持ちを鎮めることができる・長期化はしない

対処しようとしても乱暴な言動の収束にすぐは結び付かない・一定の時間をかけて落ち着くのを待つ

---

**16 急に他人に抱きついたり、のぞき込んだり、断りもなく人の物を持って来る等がありますか**

ない      ある ⇒ 頻度：□月に1～3回程      週に1～4回程      ほぼ毎日

---

**17 些細な出来事で直ぐにかんしゃくをおこしたり、周囲の人とトラブルになることがありますか**

ない      ある ⇒ 頻度：□月に1～3回程      週に1～4回程      ほぼ毎日

---

**18 関心が強い物や人を見つけたら、突然気になる方へ走って行ってしまいう等、突発的な行動がありますか**

ない      ある ⇒ 頻度：□月に1～3回程      週に1～4回程      ほぼ毎日

<p><b>19 過食、拒食、反すう等、食に関するトラブルがありますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>ない      <input type="checkbox"/>ある ⇒ 頻度：<input type="checkbox"/>月に1～3回程      <input type="checkbox"/>週に1～4回程      <input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p>
<p><b>20 てんかん発作について</b></p> <p><input type="checkbox"/>てんかんの発作はない      <input type="checkbox"/>てんかんの経過観察あり      <input type="checkbox"/>てんかんの診断があり、薬で発作を予防している</p> <p>●てんかんの発作がある場合の頻度</p> <p><input type="checkbox"/>年1回以上      <input type="checkbox"/>月1回以上      <input type="checkbox"/>週1回以上</p>
<p><b>21 気分が憂鬱で悲観的になったり、気分が落ち込んで何もする気がなく思考力が低下し、考えがまとまらないため、日常生活に支障をきたす場合や、気分の高揚により思いつきで次々と行動に移すが、注意力が散漫なため失敗ばかりしてしまう等、社会生活に影響を及ぼすことがありますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>ない      <input type="checkbox"/>ある ⇒ 頻度：<input type="checkbox"/>月に1～3回程      <input type="checkbox"/>週に1～4回程      <input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/>気分安定剤等の薬を使用している</p>
<p><b>22 睡眠に課題がありますか（入眠できない、夜中に何度も目を覚ます、昼夜逆転等）</b></p> <p><input type="checkbox"/>特にない      <input type="checkbox"/>ある ⇒ 頻度：<input type="checkbox"/>週に1回以上      <input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠障害に関する診断や治療をしている</p>
<p><b>23 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、動作に時間がかかり日常生活に支障が生じることはありますか</b></p> <p>例①言葉やTVのフレーズを繰り返し話す、機械類をずっと見ている、特定の玩具でしか遊ばない  例②スケジュールや物の置く位置などが変わると混乱し元に戻すように求める  例③自分の気になることを、何度も聞き返す  例④手が汚れていると感じて必要以上に手を洗う  例⑤日常生活の中で、決まったルーティン（服をきる順番等）を行わないと次の行動にうつれない</p> <p><input type="checkbox"/>ない      <input type="checkbox"/>ある ⇒ 頻度：<input type="checkbox"/>月に1～3回程      <input type="checkbox"/>週に1～4回程      <input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p>
<p><b>24 人と会うと緊張しすぎて、集団生活の場面に参加できなかつたり、日常動作（食事や排せつ等）もできなくなることがありますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>ない      <input type="checkbox"/>ある ⇒ 頻度：<input type="checkbox"/>月に1～3回程      <input type="checkbox"/>週に1～4回程      <input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/>一定期間学校や事業所等へ行けず、家に引きこもっている</p>
<p><b>25 感覚過敏により、集団生活の場面に参加できなかつたり、日常生活が困難になることがありますか（温度、食感、音が過剰に聞こえる、光を過剰に感じる、皮膚感覚が過敏で同じ服しか着られない等）</b></p> <p><input type="checkbox"/>ない      <input type="checkbox"/>ある ⇒ 頻度：<input type="checkbox"/>月に1～3回程      <input type="checkbox"/>週に1～4回程      <input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/>一定期間学校や事業所等へ行けず、家に引きこもっている</p>
<p><b>26 読み書きについて</b></p> <p><input type="checkbox"/>手助けがなくても、文字の読み書き及び意味の理解ができる</p> <p><input type="checkbox"/>部分的な支援（見守りや声かけ等の支援を含む）が必要な場合がある</p> <p><input type="checkbox"/>全面的に支援が必要である（絵本に興味を示さない、学習障害の診断がある等）</p>
<p><b>27 物の音や人の声が聞こえていますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>特に問題なく聞こえる      <input type="checkbox"/>補聴器などの補助装具があれば聞こえる</p> <p><input type="checkbox"/>聞き取りにくい音がある      <input type="checkbox"/>過敏等で補助装具が必要である      <input type="checkbox"/>音や声を聞き取ることが難しい</p>
<p><b>28 一人で座り、手を使って遊ぶことができますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>一人で座り、手を使って遊ぶことができる      <input type="checkbox"/>両手や片手で自分を支えて座ることができる</p> <p><input type="checkbox"/>身体の一部を支えると座ることができる      <input type="checkbox"/>座るために全身を支える必要がある</p>
<p><b>29 運動について</b></p> <p><input type="checkbox"/>ケンケンが3回以上できる      <input type="checkbox"/>交互に足を出して階段を昇り・降りできる</p> <p><input type="checkbox"/>両足同時にジャンプし、転倒せずに着地できる      <input type="checkbox"/>階段は同じ足を先に出して昇る</p> <p><input type="checkbox"/>どの動きも難しい</p>
<p><b>30 話を聞く場面や物事に取り組む際に、気が散りやすく集中できないことがありますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>集中して取り組むことができる      <input type="checkbox"/>部分的に集中して取り組むことができる</p> <p><input type="checkbox"/>集中して取り組むことが難しい</p>

<p><b>31 見通しを立てて、行動することができますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>見通しを立てて行動することができる <input type="checkbox"/>声かけがあれば見通しを立てて行動することができる</p> <p><input type="checkbox"/>視覚的な情報（次の行動につながる見本や写真）があれば行動することができる</p> <p><input type="checkbox"/>声かけや視覚的な手がかりのみでは不十分であり、その他工夫が必要（アラーム、身体に触れて教える等）</p>
<p><b>32 楽しいときなどに、目を合わせることがあります</b></p> <p><input type="checkbox"/>目が合い、微笑むことや、嬉しそうな表情をみせる <input type="checkbox"/>訴えている（要求する）時は目が合う</p> <p><input type="checkbox"/>あまり目が合わない/合っても持続しない <input type="checkbox"/>ほとんど目が合わない</p>
<p><b>33 保護者、友達、学校の先生等とやりとりすることや相手からの働きかけに応えることはできますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>自分から相手にやりとりを求めることや、相手からの働きかけに応えることができる</p> <p><input type="checkbox"/>特定の人であれば関わりをもつことができる</p> <p><input type="checkbox"/>自分から相手に働きかけることはほとんどないが、相手からの働きかけには反応することもある</p> <p><input type="checkbox"/>一方的に自分の思いだけを伝えようとする <input type="checkbox"/>相手が嫌がっても過剰に近づいてしまう</p> <p><input type="checkbox"/>相手が働きかけても拒否する、無関心でほとんど反応しない</p>
<p><b>34 同年代の子どもと一緒に過ごす中で、トラブルが起こることはありますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>ほとんどトラブルはないが、あったとしても自分たちで解決することができる</p> <p><input type="checkbox"/>トラブルがあっても双方の意見を聞く・解決方法を助言する等の大人の支援があれば解決できる</p> <p><input type="checkbox"/>大人の支援があっても解決できる場面とできない場面がある</p> <p><input type="checkbox"/>トラブルが頻繁に起き、相手の意見を聞き入れることが難しく自己主張を続けることが多い</p>
<p><b>35 集団活動に参加することができますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>指示やルールを理解して最初から最後まで参加できる</p> <p><input type="checkbox"/>興味がある内容であれば、部分的に参加することができる</p> <p><input type="checkbox"/>支援があればその場にはいられる <input type="checkbox"/>集団活動に参加することが難しい</p>
<p><b>36 医療的ケア（人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為）を受けていますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>受けていない</p> <p><input type="checkbox"/>受けている⇒<input type="checkbox"/>人工呼吸器 <input type="checkbox"/>気管切開 <input type="checkbox"/>酸素 <input type="checkbox"/>吸引 <input type="checkbox"/>経管栄養 <input type="checkbox"/>導尿 <input type="checkbox"/>浣腸 <input type="checkbox"/>血糖測定</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
<p><b>37 その他気になっていることがあればご記入ください</b></p>
<p><b>※以下、中学生・高校生のみお答えください</b></p>
<p><b>38 自分の気持ちを伝える際に、相手や場所・場面に合わせた言葉遣いや態度をとることができますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>適切な言葉遣いや態度で表現することができる（正しい声の大きさと話せる・敬語を使える等）</p> <p><input type="checkbox"/>時折、適切な言葉遣いや態度で表現することができる</p> <p><input type="checkbox"/>敬語を使うことはできないが、態度で表現することができる</p> <p><input type="checkbox"/>相手から気持ちを確かしてもらったり、代弁してもらったり等の配慮がなければ表現することは難しい</p> <p><input type="checkbox"/>支援があっても、適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい</p>
<p><b>39 自分のことを伝えるだけでなく、相手の話を聞くまたは聞こうとしますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>やりとりをすることができる</p> <p><input type="checkbox"/>細かな質問・選択肢を与える等配慮があればやりとりができる/「はい」「いいえ」等の返答はできる</p> <p><input type="checkbox"/>やりとりをすることが難しい</p>
<p><b>40 同年齢の集団に所属し、集団のルールや相手の感情を察知・理解して遊ぶことや、活動に参加することはできますか</b></p> <p><input type="checkbox"/>参加することができる</p> <p><input type="checkbox"/>支援者が言葉かけを行ったり、特性を理解し配慮したりすることで集団へ参加することができる</p> <p><input type="checkbox"/>同年齢の相手に特性を理解してもらう必要がある</p> <p><input type="checkbox"/>小グループ化・年下のグループに所属する等の配慮が必要</p> <p><input type="checkbox"/>集団の中で過ごすことから練習が必要・日常生活自体に特別な支援が必要等で参加することが難しい</p>