

日常生活・行動上の支援に関する調査票

必ず提出

※1. 2各項目の該当箇所に☑をしてください。
また、具体的な支援の内容や配慮していることを
頻度も含めてご記入ください。
(服薬があれば併せてご記入ください。)

児童氏名 _____

生年月日 平成 年 月 日

1. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目について記入してください

項目		区分		
①	食事	☐自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
			具体的な内容を必ずご記入ください。	
②	排せつ	☐自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
			具体的な内容を必ずご記入ください。	
③	入浴	☐自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
			具体的な内容を必ずご記入ください。	
④	移動	☐自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
			具体的な内容を必ずご記入ください。	

2. 意思疎通等や、日常生活における行動上の障害への支援の必要性の有無について記入してください
(具体的な内容もご記入ください)

項目		0点	1点	2点
⑤	コミュニケーション	☐支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要
			具体的な内容を必ずご記入ください。	
⑥	説明の理解	☐支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要
			具体的な内容を必ずご記入ください。	
⑦	大声・奇声を出す	☐支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (月1回以上)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (週1回以上)
			具体的な内容を必ずご記入ください。	
⑧	異食行動	☐支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要
			具体的な内容を必ずご記入ください。	
⑨	多動・行動停止	☐支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (月1回以上)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (週1回以上)
			具体的な内容を必ずご記入ください。	
⑩	不安定な行動	☐支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (月1回以上)	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (週1回以上)
			具体的な内容を必ずご記入ください。	

項目		0点	1点	2点
⑪	自らを傷つける行為	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (該当行為がある) 具体的な内容を必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (常時見守りなどが必要)
⑫	他人を傷つける行為	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (該当行為がある) 具体的な内容を必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (常時見守りなどが必要)
⑬	不適切な行為	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (月1回以上) 具体的な内容を必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (週1回以上)
⑭	突発的な行動	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (月1回以上) 具体的な内容を必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (週1回以上)
⑮	過食・反すう等	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (月1回以上) 具体的な内容を必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (週1回以上)
⑯	てんかん	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 経過観察あり 具体的な内容を必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> 診断あり
⑰	そううつ状態	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (月1回以上) 具体的な内容を必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (週1回以上)
⑱	反復的行動	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (月1回以上) 具体的な内容を必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (週1回以上)
⑲	対人面の不安 緊張、集団生活への不適応	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある (月1回以上) 具体的な内容を必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要 (週1回以上)
⑳	読み書き	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある 具体的な内容を必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> 常に支援が必要

3. 上記項目や、それ以外のことについて、お子様の状態で気になる点がありましたら記載してください。

4. 普段、お子様につき添われている保護者の方の状況を記載してください。

※内容につきまして、確認させていただく場合がございますので、下記に日中連絡のつきやすい電話番号を記載してください。ご連絡のとれない場合、受給者証の発行が遅れることがございます。

保護者氏名：	お子様との続柄（ ）	TEL（携帯）：
平日9時から17時の間でご連絡可能な時間帯：		
電話ではなくメール連絡をご希望の場合はメールアドレスをご記入ください： ※療育支援課アドレス「ryoiku@city.funabashi.lg.jp」よりお送りします。		
心身の状況：	【例】良好など	
生活状況（就労・育児・介護の状況など）：	【例】パート週3日（火・木・金9時～17時）勤務 など	