

【就学児サポート調査票】 放課後等デイサービスを利用する場合、「就学時サポート調査」をする必要がありますので、本調査票にご協力ください。		記入日	年 月 日												
児童氏名	( )歳	受給者証番号													
記入者氏名	児童との関係( )	連絡先電話番号													
【本調査票を記入する方へ】 ・各調査項目の当てはまる状態の□にをチェックをつけてください ・適切な支援や環境が整っていない状況(保護者や慣れている支援者がいない状況、初めての場所等)を想定して記入してください ・できる時とできない時がある場合は、「できない場合」に基づき記入し、項目がまたがる場合は支援の度合が高い方の項目を採用してください。 ・各項目を判定する上で、行動上のサポートの度合を判定するため、通常の発達の範囲かどうかは問わないものとします		4月からの進学先 :													
<p>調査項目 <span style="float: right;">当てはまる状態に✓してください</span></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">① 食事 ※食事の開始から終了までの行為</td> <td> <input type="checkbox"/>一部介助…必要時に随時支援(見守り、声かけを含む)が必要。食事を開始する前に、食べ物を食べやすくする等の支援を行っている。  <input type="checkbox"/>全介助…全面的(常時)に支援が必要。行為の目的や内容を理解していない。経管栄養(胃ろう、腸ろう等)や中心静脈栄養を行っている。         </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/>軟食、きざみ食、過度な食物アレルギーなど配慮が必要  <input type="checkbox"/>一度に口に詰め込まないよう、飲み込みや噛む行為を指導している  <input type="checkbox"/>何でも手づかみで食べる  <input type="checkbox"/>特別なコップや食器、道具を使って食べることをサポートしている  <input type="checkbox"/>著しい偏食(水が飲めない、食べられるものが極端に少ないなど)  <input type="checkbox"/>感覚過敏(温度や食感、食器のこだわり)により配慮が必要。  <input type="checkbox"/>経管栄養(胃ろう、腸ろう等)や中心静脈栄養を行っている。  <input type="checkbox"/>その他( )         </td> </tr> <tr> <td rowspan="2">② 排泄 ※尿(便)意の発現から排尿(便)後の後始末までの行為</td> <td> <p>【一部介助】</p> <input type="checkbox"/>立ち便器、和式便器など形状によって排せつが困難  <input type="checkbox"/>トレーニングのために定時で排泄チェックをしている  <input type="checkbox"/>促しがなければ自分からトイレに行くことが難しい  <input type="checkbox"/>決まった場所でしか排泄をしたがらない         </td> </tr> <tr> <td> <p>【全介助】</p> <input type="checkbox"/>頻尿、尿意などを自分から伝えられない  <input type="checkbox"/>オムツや尿とりパッドなどを使用している(週1回以上)  <input type="checkbox"/>排泄ごとにふき取りの支援が必要  <input type="checkbox"/>便をいじったり、排泄する場所ではない所で行う  <input type="checkbox"/>失敗が多く対応が必要(1週間に1回以上。オムツは使用していない場合も含む)  <input type="checkbox"/>ストマ、尿カテーテルなどを使用  <input type="checkbox"/>浣腸や摘便が必要         </td> </tr> <tr> <td rowspan="2">③ 入浴 ※入浴時の脱衣から着衣までの行為</td> <td> <p>【一部介助】</p> <input type="checkbox"/>体や髪を洗う、拭く行為が不十分なため支援者が部分的にやり直している。  <input type="checkbox"/>自分でできるが、準備や入浴から上がるまでに時間がかかる  <input type="checkbox"/>1人で入浴させることはできないので見守りや配慮が必要  <input type="checkbox"/>感覚過敏があり、洗髪や洗顔、洗身に拒否があるため支援が必要  <input type="checkbox"/>タオルなどにこだわりがあり配慮が必要         </td> </tr> <tr> <td> <p>【全介助】</p> <input type="checkbox"/>体や髪を洗う、拭く行為が不十分なため支援者が対象者自身の行った部分を含めて全面的にやり直している  <input type="checkbox"/>医療上の必要により入浴を禁止されており、配慮しながら清拭が必要  <input type="checkbox"/>首の座りが悪かったり、体幹が弱く配慮が必要  <input type="checkbox"/>常時抱っこで入浴洗身などに強い拒否から泣く、シャワーを怖がるなどあるため支援が必要  <input type="checkbox"/>シャワーベット等の器具を使用  <input type="checkbox"/>事情で清拭しか行えない         </td> </tr> <tr> <td rowspan="2">④ 移動 ※日常生活に必要な場所への移動</td> <td> <p>【一部介助】</p> <input type="checkbox"/>階段など条件によって介助が必要  <input type="checkbox"/>歩行速度が他児と異なるため個別の対応が必要  <input type="checkbox"/>道順などにこだわりがある  <input type="checkbox"/>感覚過敏があり、外履きや靴下などに配慮が必要  <input type="checkbox"/>公共交通機関はパニックになりやすく利用できない  <input type="checkbox"/>途中で座り込んだり、寝転んだりするため対応が必要。         </td> </tr> <tr> <td> <p>【全介助】</p> <input type="checkbox"/>常時手をつなぐ又は抱っこ等で移動  <input type="checkbox"/>首の座りが悪かったり、体幹が弱く抱っこに配慮が必要  <input type="checkbox"/>常時バギーや車イスなどが必要  <input type="checkbox"/>道路への飛び出し、障害物の回避ができないなどで見守りが必要  <input type="checkbox"/>装具などを装着している         </td> </tr> </table>				① 食事 ※食事の開始から終了までの行為	<input type="checkbox"/> 一部介助…必要時に随時支援(見守り、声かけを含む)が必要。食事を開始する前に、食べ物を食べやすくする等の支援を行っている。 <input type="checkbox"/> 全介助…全面的(常時)に支援が必要。行為の目的や内容を理解していない。経管栄養(胃ろう、腸ろう等)や中心静脈栄養を行っている。	<input type="checkbox"/> 軟食、きざみ食、過度な食物アレルギーなど配慮が必要 <input type="checkbox"/> 一度に口に詰め込まないよう、飲み込みや噛む行為を指導している <input type="checkbox"/> 何でも手づかみで食べる <input type="checkbox"/> 特別なコップや食器、道具を使って食べることをサポートしている <input type="checkbox"/> 著しい偏食(水が飲めない、食べられるものが極端に少ないなど) <input type="checkbox"/> 感覚過敏(温度や食感、食器のこだわり)により配慮が必要。 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう、腸ろう等)や中心静脈栄養を行っている。 <input type="checkbox"/> その他( )	② 排泄 ※尿(便)意の発現から排尿(便)後の後始末までの行為	<p>【一部介助】</p> <input type="checkbox"/> 立ち便器、和式便器など形状によって排せつが困難 <input type="checkbox"/> トレーニングのために定時で排泄チェックをしている <input type="checkbox"/> 促しがなければ自分からトイレに行くことが難しい <input type="checkbox"/> 決まった場所でしか排泄をしたがらない	<p>【全介助】</p> <input type="checkbox"/> 頻尿、尿意などを自分から伝えられない <input type="checkbox"/> オムツや尿とりパッドなどを使用している(週1回以上) <input type="checkbox"/> 排泄ごとにふき取りの支援が必要 <input type="checkbox"/> 便をいじったり、排泄する場所ではない所で行う <input type="checkbox"/> 失敗が多く対応が必要(1週間に1回以上。オムツは使用していない場合も含む) <input type="checkbox"/> ストマ、尿カテーテルなどを使用 <input type="checkbox"/> 浣腸や摘便が必要	③ 入浴 ※入浴時の脱衣から着衣までの行為	<p>【一部介助】</p> <input type="checkbox"/> 体や髪を洗う、拭く行為が不十分なため支援者が部分的にやり直している。 <input type="checkbox"/> 自分でできるが、準備や入浴から上がるまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 1人で入浴させることはできないので見守りや配慮が必要 <input type="checkbox"/> 感覚過敏があり、洗髪や洗顔、洗身に拒否があるため支援が必要 <input type="checkbox"/> タオルなどにこだわりがあり配慮が必要	<p>【全介助】</p> <input type="checkbox"/> 体や髪を洗う、拭く行為が不十分なため支援者が対象者自身の行った部分を含めて全面的にやり直している <input type="checkbox"/> 医療上の必要により入浴を禁止されており、配慮しながら清拭が必要 <input type="checkbox"/> 首の座りが悪かったり、体幹が弱く配慮が必要 <input type="checkbox"/> 常時抱っこで入浴洗身などに強い拒否から泣く、シャワーを怖がるなどあるため支援が必要 <input type="checkbox"/> シャワーベット等の器具を使用 <input type="checkbox"/> 事情で清拭しか行えない	④ 移動 ※日常生活に必要な場所への移動	<p>【一部介助】</p> <input type="checkbox"/> 階段など条件によって介助が必要 <input type="checkbox"/> 歩行速度が他児と異なるため個別の対応が必要 <input type="checkbox"/> 道順などにこだわりがある <input type="checkbox"/> 感覚過敏があり、外履きや靴下などに配慮が必要 <input type="checkbox"/> 公共交通機関はパニックになりやすく利用できない <input type="checkbox"/> 途中で座り込んだり、寝転んだりするため対応が必要。	<p>【全介助】</p> <input type="checkbox"/> 常時手をつなぐ又は抱っこ等で移動 <input type="checkbox"/> 首の座りが悪かったり、体幹が弱く抱っこに配慮が必要 <input type="checkbox"/> 常時バギーや車イスなどが必要 <input type="checkbox"/> 道路への飛び出し、障害物の回避ができないなどで見守りが必要 <input type="checkbox"/> 装具などを装着している
① 食事 ※食事の開始から終了までの行為	<input type="checkbox"/> 一部介助…必要時に随時支援(見守り、声かけを含む)が必要。食事を開始する前に、食べ物を食べやすくする等の支援を行っている。 <input type="checkbox"/> 全介助…全面的(常時)に支援が必要。行為の目的や内容を理解していない。経管栄養(胃ろう、腸ろう等)や中心静脈栄養を行っている。														
	<input type="checkbox"/> 軟食、きざみ食、過度な食物アレルギーなど配慮が必要 <input type="checkbox"/> 一度に口に詰め込まないよう、飲み込みや噛む行為を指導している <input type="checkbox"/> 何でも手づかみで食べる <input type="checkbox"/> 特別なコップや食器、道具を使って食べることをサポートしている <input type="checkbox"/> 著しい偏食(水が飲めない、食べられるものが極端に少ないなど) <input type="checkbox"/> 感覚過敏(温度や食感、食器のこだわり)により配慮が必要。 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう、腸ろう等)や中心静脈栄養を行っている。 <input type="checkbox"/> その他( )														
② 排泄 ※尿(便)意の発現から排尿(便)後の後始末までの行為	<p>【一部介助】</p> <input type="checkbox"/> 立ち便器、和式便器など形状によって排せつが困難 <input type="checkbox"/> トレーニングのために定時で排泄チェックをしている <input type="checkbox"/> 促しがなければ自分からトイレに行くことが難しい <input type="checkbox"/> 決まった場所でしか排泄をしたがらない														
	<p>【全介助】</p> <input type="checkbox"/> 頻尿、尿意などを自分から伝えられない <input type="checkbox"/> オムツや尿とりパッドなどを使用している(週1回以上) <input type="checkbox"/> 排泄ごとにふき取りの支援が必要 <input type="checkbox"/> 便をいじったり、排泄する場所ではない所で行う <input type="checkbox"/> 失敗が多く対応が必要(1週間に1回以上。オムツは使用していない場合も含む) <input type="checkbox"/> ストマ、尿カテーテルなどを使用 <input type="checkbox"/> 浣腸や摘便が必要														
③ 入浴 ※入浴時の脱衣から着衣までの行為	<p>【一部介助】</p> <input type="checkbox"/> 体や髪を洗う、拭く行為が不十分なため支援者が部分的にやり直している。 <input type="checkbox"/> 自分でできるが、準備や入浴から上がるまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 1人で入浴させることはできないので見守りや配慮が必要 <input type="checkbox"/> 感覚過敏があり、洗髪や洗顔、洗身に拒否があるため支援が必要 <input type="checkbox"/> タオルなどにこだわりがあり配慮が必要														
	<p>【全介助】</p> <input type="checkbox"/> 体や髪を洗う、拭く行為が不十分なため支援者が対象者自身の行った部分を含めて全面的にやり直している <input type="checkbox"/> 医療上の必要により入浴を禁止されており、配慮しながら清拭が必要 <input type="checkbox"/> 首の座りが悪かったり、体幹が弱く配慮が必要 <input type="checkbox"/> 常時抱っこで入浴洗身などに強い拒否から泣く、シャワーを怖がるなどあるため支援が必要 <input type="checkbox"/> シャワーベット等の器具を使用 <input type="checkbox"/> 事情で清拭しか行えない														
④ 移動 ※日常生活に必要な場所への移動	<p>【一部介助】</p> <input type="checkbox"/> 階段など条件によって介助が必要 <input type="checkbox"/> 歩行速度が他児と異なるため個別の対応が必要 <input type="checkbox"/> 道順などにこだわりがある <input type="checkbox"/> 感覚過敏があり、外履きや靴下などに配慮が必要 <input type="checkbox"/> 公共交通機関はパニックになりやすく利用できない <input type="checkbox"/> 途中で座り込んだり、寝転んだりするため対応が必要。														
	<p>【全介助】</p> <input type="checkbox"/> 常時手をつなぐ又は抱っこ等で移動 <input type="checkbox"/> 首の座りが悪かったり、体幹が弱く抱っこに配慮が必要 <input type="checkbox"/> 常時バギーや車イスなどが必要 <input type="checkbox"/> 道路への飛び出し、障害物の回避ができないなどで見守りが必要 <input type="checkbox"/> 装具などを装着している														

⑤ コミュニケーション	<p>【支援が必要な場合がある】</p> <p><input type="checkbox"/> 絵カードなどでコミュニケーションできる</p> <p><input type="checkbox"/> 手話や筆談、点字等を用いる</p> <p><input type="checkbox"/> 特定の人(保護者など)としかコミュニケーションがとれない</p> <p><input type="checkbox"/> 慣れない場所や人前では表情が硬く話すことが難しい</p> <p><input type="checkbox"/> 吃音がある。</p>
	<p>【常に支援が必要】</p> <p><input type="checkbox"/> 会話のやりとりはなく、一方的に話しかけたり、独り言のように話したりするが、自分の意思の伝達ではない</p> <p><input type="checkbox"/> オウム返しで返答</p> <p><input type="checkbox"/> 行動でのみ自分の意思を伝えられる(他者の手を引いておもちゃを取らせるなど)</p> <p><input type="checkbox"/> パターン化された内容のみ、自分の意思を伝えられる(ご飯と言う、おもちゃのみ指さしする等)</p>
⑥ 説明の理解	<p>【支援が必要な場合がある】</p> <p><input type="checkbox"/> 簡単な説明を聞いて返事をするが、行動が伴わないことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 同時に2つ以上のことを指示されると行動が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 絵カードなどを用意したり、ジェスチャーで補足すると理解が促される</p>
	<p>【常に支援が必要】</p> <p><input type="checkbox"/> 簡単な説明をしても返事などがなく、理解できていると考えられない、又は理解しているのか判断できない</p> <p><input type="checkbox"/> パターン化された特定の行為(座る、食べる等)のみ理解できる</p>
⑦ 大声・奇声を出す	<p>【支援が必要な頻度】 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/> 他者が迷惑となるような大声や奇声を、時間帯と場所を選ばずに出す</p> <p><input type="checkbox"/> 物などを使って周囲に不快な音を立てる。</p>
⑧ 異食行動	<p>【支援が必要な頻度】 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/> 食べられないもの(石、おもちゃ、腐った食べ物、落ちて明らかに汚れている食べ物など)を口に入れたり、飲み込んだりする</p> <p><input type="checkbox"/> 異食行動を防ぐため、異食しそうなものを周囲に置かないなど配慮が必要</p> <p><input type="checkbox"/> 服の袖を噛んだり、紐を口に入れることがある。</p>
⑨ 多動・行動停止	<p>【支援が必要な頻度】 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/> 特定の物や人(対象が明確でない場合も含む)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、動かなくなってしまう</p> <p><input type="checkbox"/> 絶えず話している</p> <p><input type="checkbox"/> 周囲と協調できず絶えず動いてしまう、またはマイペースに周囲と無関係に動いてしまう</p> <p><input type="checkbox"/> 常時走り回る、1か箇所に留まることが難しい</p> <p><input type="checkbox"/> 体の一部を常時動かしている</p> <p><input type="checkbox"/> 短時間は指示に応じるが、すぐ同じ行動を繰り返してしまう</p> <p><input type="checkbox"/> バランス感覚が悪いため転びやすい、怪我をしやすい</p> <p><input type="checkbox"/> 本人の意思とは関係なく次の行動に移ることが難しい</p>
⑩ 不安定な行動	<p>【支援が必要な頻度】 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/> 突然の予定変更や慣れている支援者が変わるなど、状況が変わるとパニックになったり、次の行動ができなくなる</p> <p><input type="checkbox"/> 不安などから衝動的な行動がある</p> <p><input type="checkbox"/> 特定の物・人へ固執することで安定を図り、それが無くなったり、変更してしまうと不安定になってしまう</p>
⑪ 自らを傷つける行為	<p>【支援が必要な頻度】 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/> 自分の頭を叩いたり、壁に打ちつける。自分をつねる。</p> <p><input type="checkbox"/> 傷口をほじったりして治らない</p> <p><input type="checkbox"/> 衣服を破ることがある。</p>
⑫ 他人を傷つける行為	<p>【支援が必要な頻度】 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/> 他人を叩く、髪を引っ張る、押すなどがある</p> <p><input type="checkbox"/> 物を壊したり、投げたりする</p> <p><input type="checkbox"/> 暴言(バカ、死ね等)、相手を侮辱したり、いじめたりする行為がある</p> <p><input type="checkbox"/> 他人へ過剰な注意や干渉をしてトラブルを起こす場合がある。</p>
⑬ 不適切な行為	<p>【支援が必要な頻度】 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/> 見知らぬ人に過度に親しげな振る舞い(抱きつく、膝の上に座るなど)をする</p> <p><input type="checkbox"/> 他人に急に接近したり、のぞき込んだり、体に触ったりする</p> <p><input type="checkbox"/> うそをつく</p> <p><input type="checkbox"/> 断りもなく人の物を持ってきてしまう</p> <p><input type="checkbox"/> 過度に人や物の臭いを嗅ぐ</p> <p><input type="checkbox"/> 感情のコントロールが困難で、些細なことでかんしゃくを起こしたり、周囲の人とトラブルになりやすい</p> <p><input type="checkbox"/> 不適切な場所で放便・放尿がある</p> <p><input type="checkbox"/> SNSなどで不適切な内容を発信したり、見知らぬ誰かと通信したりする。</p> <p><input type="checkbox"/> 意思が伝えられないために、友達を叩く、物を投げるなどの行為で表現する</p>

⑭ 突発的な行動	<p>【支援が必要な頻度】 <input type="checkbox"/>必要なし <input type="checkbox"/>月1回以上 <input type="checkbox"/>週1回以上 <input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/>気になるものがあると、大人から勝手に離れて、迷子になることがある（常に見守りや防止するための環境設定が必要）</p> <p><input type="checkbox"/>手にしたものを突発的に投げる</p> <p><input type="checkbox"/>危険の認識が弱く、突発的な道路への飛び出し、熱いものなど危険なものに手を出す、高い所から飛び降りるなどがある。</p>
	<p>【支援が必要な頻度】 <input type="checkbox"/>必要なし <input type="checkbox"/>月1回以上 <input type="checkbox"/>週1回以上 <input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/>過食（異常な量を食べる）、拒食（環境の変化によって食べられなくなる）がある。</p> <p><input type="checkbox"/>飲食物など口に入れたものを飲み込めず、口に溜めたままにする</p> <p><input type="checkbox"/>際限なく水を飲み続ける</p> <p><input type="checkbox"/>極度な偏食（特定の物だけしか食べない）で、食事面で配慮している</p> <p><input type="checkbox"/>嘔吐を繰り返す</p> <p><input type="checkbox"/>アレルギー食や宗教食の対応が必要</p> <p><input type="checkbox"/>噛む行為と飲み込む行為の課題があり配慮が必要（きざみ食など）</p>
⑯ てんかん	<p><input type="checkbox"/>服薬していないが経過観察を行っている</p>
	<p><input type="checkbox"/>てんかん発作がある → <input type="checkbox"/>ほぼ毎日 <input type="checkbox"/>週1回以上 <input type="checkbox"/>年1回以上</p> <p><input type="checkbox"/>てんかんの診断あり（薬で発作を予防している場合も含む）</p>
⑰ そううつ状態	<p>【支援が必要な頻度】 <input type="checkbox"/>必要なし <input type="checkbox"/>月1回以上 <input type="checkbox"/>週1回以上 <input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠が安定しない（夜中に何度も目を覚ます、昼夜逆転など）、睡眠障害に関する診断や治療をしている</p> <p><input type="checkbox"/>前後の脈絡なく急に泣いたり、笑ったりする</p> <p><input type="checkbox"/>自殺企図がある</p> <p><input type="checkbox"/>日常の活動への興味や意欲が感じられない</p> <p><input type="checkbox"/>気分安定剤などの薬を使用している</p> <p><input type="checkbox"/>気分の高揚、社交性の増大、多動・多弁、過度な興奮状態、怒りやすい</p>
	<p>【支援が必要な頻度】 <input type="checkbox"/>必要なし <input type="checkbox"/>月1回以上 <input type="checkbox"/>週1回以上 <input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/>物や行為にこだわり、特定の行為を反復する（言葉やTVのフレーズを繰り返し話す、気になるものがあると時や場所を選ばず寄って行ってしまうなど）</p> <p><input type="checkbox"/>スケジュールや物の置く位置などが変わると混乱する</p> <p><input type="checkbox"/>戸の開閉を過度に気にし、きちんと閉まってないとパニックを起こすため配慮が必要</p> <p><input type="checkbox"/>気になることを何度も聞き返す</p> <p><input type="checkbox"/>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がある</p> <p><input type="checkbox"/>紐などを常に持ち、常に動かしている。</p> <p><input type="checkbox"/>上半身を前後に揺らす、ジャンプを繰り返すなどがあり、時と場所に応じて配慮が必要</p> <p><input type="checkbox"/>決まった行為（服を着る順番が決まっているなど）を行わないと次の行動にうつれない</p>
⑯ 対人面の不安緊張・集団への不適応	<p>【支援が必要な頻度】 <input type="checkbox"/>必要なし <input type="checkbox"/>月1回以上 <input type="checkbox"/>週1回以上 <input type="checkbox"/>ほぼ毎日</p> <p><input type="checkbox"/>一定期間、学校や事業所などへ行けなくなるなど、家に引きこもっている</p> <p><input type="checkbox"/>不安が高まるときその場にいられなくなる、もしくは動けなくなってしまう。</p> <p><input type="checkbox"/>短時間もしくは全く集団参加できず個別に対応が必要</p> <p><input type="checkbox"/>慣れない場所に行くと動けなくなり、会話ができなくなる</p> <p><input type="checkbox"/>爪かみ、指しゃぶり、緘黙がある</p> <p><input type="checkbox"/>チック（目をパチパチさせたり、「オツ」など意図しないで声が出てしまうなど）など身体症状にあらわれる</p> <p><input type="checkbox"/>ファンタジーの世界に入ってしまい、やりとりが成立しない</p> <p><input type="checkbox"/>感覚過敏（音が過剰に聞こえる、光や色を過剰に感じるなど）により配慮が必要</p> <p>【一定期間にわたって引きこもり状態である場合は「ほぼ毎日」に✓してください】</p>
	<p>【支援が必要な場合がある】</p> <p><input type="checkbox"/>一部理解はできるが、見守りや口頭で補足の説明が必要</p> <p><input type="checkbox"/>書くことはできないが、パソコン等を使用すればできる。</p> <p>【常に支援が必要】</p> <p><input type="checkbox"/>文字では理解できず絵カードなどで理解できる</p> <p><input type="checkbox"/>文字に興味を示さない</p> <p><input type="checkbox"/>学習障害の診断がある</p>

個別サポート加算(I)の対象の判定(※市記入) ①～④の3以上が「全介助」 ⑤～⑯の✓の合計が13点以上

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。