

お子様のお名前

1 障害児通所給付費に関する調査項目（5領域11項目）

（あてはまるものに☑をしてください。ない場合は空欄にしてください。）

項目	区分	判断基準
①食事	<input type="checkbox"/> 全介助	全面的介助を要する。
	<input type="checkbox"/> 一部介助	おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する。
②排せつ	<input type="checkbox"/> 全介助	全面的介助を要する。
	<input type="checkbox"/> 一部介助	便座に座らせてもらうなど一部介助を要する。
③入浴	<input type="checkbox"/> 全介助	全面的介助を要する。
	<input type="checkbox"/> 一部介助	身体を洗ってもらうなど一部介助を要する。
④移動	<input type="checkbox"/> 全介助	全面的介助を要する。
	<input type="checkbox"/> 一部介助	手を貸してもらうなど一部介助を要する。
⑤行動障害及び精神状態	<input type="checkbox"/> ある（ほぼ毎日ある。）	(1)強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動や危険の認識に欠ける行動。
	<input type="checkbox"/> ときどきある（週1～2回程度以上ある。）	
	<input type="checkbox"/> ある（ほぼ毎日ある。）	(2)睡眠障害や食事、排せつに係る不適応行動（多飲水や過飲水を含む）。
	<input type="checkbox"/> ときどきある（週1～2回程度以上ある。）	
	<input type="checkbox"/> ある（ほぼ毎日ある。）	(3)自分を叩いたり傷つけたり他人を叩いたり蹴ったり、器物を壊したりする行為。
	<input type="checkbox"/> ときどきある（週1～2回程度以上ある。）	
	<input type="checkbox"/> ある（ほぼ毎日ある。）	(4)気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下する。
<input type="checkbox"/> ときどきある（週1～2回程度以上ある。）		
<input type="checkbox"/> ある（ほぼ毎日ある。）	(5)再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常動作に時間がかかる。	
<input type="checkbox"/> ときどきある（週1～2回程度以上ある。）		
<input type="checkbox"/> ある（ほぼ毎日ある。）	(6)他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さ等のため外出や集団参加ができない。また、自室に閉じこもり何もしないでいる。	
<input type="checkbox"/> ときどきある（週1～2回程度以上ある。）		
<input type="checkbox"/> ある（ほぼ毎日ある。）	(7)学習障害のため、読み書きが困難。	
<input type="checkbox"/> ときどきある（週1～2回程度以上ある。）		

上記の状態に相違ない CW _____

※裏面の記入をお願いします。→