

放課後等デイサービス 児童調査票

記入日 年 月 日

児童氏名		性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日
通学先名	(特別支援教室・特別支援学級)				
手帳所持	手帳所持 あり・なし				
	愛の手帳 (度)	身体障害者手帳 (種 級)	精神保健福祉手帳 (級)		
障害名または診断名					
通院状況	医療機関名	診療科	頻度	特記や服薬の状況	

家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業等

【お子さまの得意なこと】

【お子さまの苦手なこと】

【学校や家庭で配慮が必要なこと】

裏面も忘れずにご記入ください。(同封の調査票記入のポイントを参考に記載ください)

放課後等デイサービス 児童調査表

* 頻度は最近1か月の間の様子でお書きください。

具体的な内容を
記入下さい

食事	全面的に介助を要する。 おかずを刻んでもらうなど、一部介助を要する。	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	
排泄	全面的に介助を要する。 便器に座らせてもらうなど一部介助を必要とする。	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	
入浴	全面的に介助を要する。 身体を洗ってもらうなど一部介助を必要とする。	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	
移動	全面的に介助を要する。 手をかしてもらい、手をつなぐなど一部介助を必要とする。	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない <input type="checkbox"/> 特定の者であればコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> 会話以外の方法でコミュニケーションできる	<input type="checkbox"/> 独特の方法でコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> コミュニケーションできない	
説明の理解	<input type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> 理解できない	<input type="checkbox"/> 理解できているか判断できない
大声・奇声を出す	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
異食行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
多動・行動停止	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不安定な行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
自らを傷つける行為	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
他人を傷つける行為	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不適切な行為	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
突発的な行為	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
過食・反すう等	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
てんかん	<input type="checkbox"/> 年1回以上	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上
そううつ状態	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
反復的行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
対人面の不安緊張、 集団生活への不適応	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input type="checkbox"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
読み書き	<input type="checkbox"/> 支援が不要	<input type="checkbox"/> 部分的な支援が必要	<input type="checkbox"/> 全面的な支援が必要

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

		計画作成日	年 月 日
フリガナ		生年月日	年 月 日 (男・女)
利用者氏名 (児童氏名)			
フリガナ		生年月日	年 月 日
保護者氏名			
利用者及びその家族の生活に対する意向 (希望する生活)	(例：療育施設への通所をとおして様々な経験をしてほしい、友達とたくさん遊びたい等)		
サービス提供事業者に配慮してほしいこと			
希望する障害福祉サービス（種類・時間数等）			
(未就学児)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	(利用事業所名)
	(重心 あり・なし)		
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月	
(就学児)	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/月	(利用事業所名)
	(重心 あり・なし)		
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月	
サービス福祉	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月	長期休暇時の利用通所日数の変更 (有・無)
	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月	
	(区分 1・2・3・重心)		
	<input type="checkbox"/> 身体介護	時間/月 (最大 時間)	
	<input type="checkbox"/> 通院等介助 (身体介護あり・なし)	時間/月	
留意事項	<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 2人体制		
	<input type="checkbox"/> 2時間ルール適用外		
	<input type="checkbox"/> 最大時間増 (理由)		
<input type="checkbox"/> 移動支援 (知的・全身性・全身性に準ずる) (身体介護あり・なし) 基本 時間/月・加算 時間/月			
作成者			
連絡先電話番号 — — (母・父・自宅・その他)			

サービス等利用計画案・障害児支援利用状況票【週間プラン】

利用者氏名 (児童氏名)		計画作成日	年 月 日
-----------------	--	-------	-------

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							

【特記事項】
 (例：長期休暇時には、通所日数を週〇回を増やして利用する予定がある、通所先に空きやキャンセルがあった際は、月によって利用日数が増えることがある等)

放課後等デイサービス 児童調査票

書き方見本

児童氏名	葛飾 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	〇〇年 〇月 〇日
通学先名	〇〇〇小学校4年生 (特別支援教室) 特別支援学級				
手帳所持	手帳所持 <input checked="" type="radio"/> あり・なし	※特別支援教室: 授業の一部を別教室で指導を受ける 特別支援学級: 固定学級			
	愛の手帳 (度)	身体障害者手帳 (種 級)	精神保健福祉手帳 (3 級)		
障害名または診断名	※自閉症スペクトラム 学習障害 ADHD 脳性麻痺 など、診断を受けている方はご記入ください				
通院状況	医療機関名	診療科	頻度	特記や服薬の状況	
	△△△医院	内科	月1回	ぜんそく、体調不良時	
	□□□歯科	歯科	3か月に1回	定期健診	
	〇〇〇クリニック	精神科	月1回	服薬あり(薬名:朝、就寝前)	

家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業 等
	葛飾 〇〇	父		会社員、自営業 など
	△△	母		会社員、パート、専業主婦 など
	□□	兄		〇〇学校1年生 など

【お子さまの得意なこと】 <ul style="list-style-type: none"> ・運動が得意 ・絵を描くことが得意 ・お手伝いをすすんでする ・お友達にやさしい 	得意なこと、好きなことをご記入ください。 (喜ぶことなど)
【お子さまの苦手なこと】 <ul style="list-style-type: none"> ・計算が苦手、漢字を書くことが苦手 ・手先を使う細かい作業が苦手 ・大きい音、泣き声が苦手 ・ルールのある遊びが苦手 	苦手なこと、嫌いなことをご記入ください。
【学校や家庭で配慮が必要なこと】 <ul style="list-style-type: none"> ・予定の変更は事前に伝える ・てんかん発作や体調不良時の注意事項 	事前に配慮していること、環境を整えていることをご記入ください。

※裏面に調査票記載時のポイントがあります。

放課後等デイサービス児童調査票 記載時のポイントについて

*記載時の参考にしてください

【コミュニケーション】家族や友だち、支援者との意思疎通ができるかどうか、その方法について。

○会話以外の方法→手話・筆談・メール・意思伝達装置等。

○独自の方法→本人独特の身振りや仕草

【説明の理解】家族や友だち、支援者からの説明を理解出来るかどうか。

【大声・奇声を出す】

○周囲が驚いたり、他者が迷惑となるような大声や奇声を出す場合。

○物等を使って周囲に不快な音を立てる場合を含む。

【多動・行動停止】

○特定の物や人に対する興味関心が強く、思う通りにならないと多動になったり、その対象にこだわって動かなくなってしまう場合。

【不安定な行動】

○予定や手続き、日頃から慣れている支援者や状況等が変わることが受け入れられず、突然大声を出したり、興奮する等のパニック状態になる等、行動が不安定になる場合。

○不安、恐怖、焦燥感にかられて衝動的な行動がある場合。

【自らを傷つける行為】

○自ら傷跡が残るほど自分の体を叩いたり傷つける、頭髪を抜く、手首を切る、多量の薬を服用する等、自分の体を傷つける行為がある場合。

【他人を傷つける行為】

○他人を叩く、髪の毛を引っ張る、蹴る、他人を傷つける行為がある場合。

○壁を壊したり、ガラスを割ったりする等、他人を傷つける危険性がある場合。

【不適切な行動】

○興味や関心が優先したり、適切な意思表示ができなかったり、判断能力が不十分だったりする等により、不適切な行為がある場合。

(例)急に他人に抱きつく、断りもなく物をもってきてしまう等。

【突発的な行動】

○関心が強い物や人を見つけたら突然そちらへ走って行ってしまいう等、突発的な行動がある場合。

【過食・反すう等】

○過食や過飲、拒食、反すう、食に関する行動上の問題がある場合。

【そううつ状態】

○気分が憂鬱で悲観的になったり、時には抑鬱気分により思考が停止し、考えがまとまらないため、日常生活に支障をきたす場合。

【反復的行動】

○ある考えに固執し、特定の行為を反復したり、儀式的な行為にとらわれる等により、動作に時間がかかり日常生活に支障が生じる場合。

(例)必要以上に手を洗う、必要以上に施錠を確認する

【対人面の不安緊張、集団生活への不適応】

○人に会うと緊張状態になる、危害を加えられるのではないかという強い不安が生じる等のため、外出等が出来ない場合。

○家族や家族以外の社会参加の機会を拒否したり、その場においても一緒に行動できない場合。

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

記入例

		計画作成日	
フリガナ	カツシカ ハナコ	生年月日	年 月 日 (男・女)
利用者氏名 (児童氏名)	葛飾 花子		
フリガナ	カツシカ タロウ	生年月日	年 月 日
保護者氏名	葛飾 太郎		

利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）
 (例：療育施設への通所をとおして様々な経験をしてほしい、友達とたくさん遊びたい等)

サービス提供事業者配慮してほしいこと
 (例：転倒しやすいので移動時には配慮してほしい等)

希望する障害福祉サービス（種類・時間数等）

(未就学児)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	(利用事業所名)
	(重心 あり・なし)		
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月	
(就学児)	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	23 日/月	(利用事業所名)
	(重心 あり・なし)		
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月	
			長期休暇時の利用通所日数の変更 (有・無)
障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月	(利用事業所名)
	(区分 1・2・3・重心)		
	<input type="checkbox"/> 身体介護	時間/月 (最大 時間)	
	<input type="checkbox"/> 通院等介助 (身体介護あり・なし)	時間/月	
留意事項	<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 2人体制		
	<input type="checkbox"/> 2時間ルール適用外		
	<input type="checkbox"/> 最大時間増 (理由)		

繋がりがやすい連絡先をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 移動支援 (知的・全身性・全身性に準ずる) (身体機能あり・なし) 基本	時間/月・加算	時間/月
作成者	葛飾 みどり	
連絡先電話番号	03 - 0000 - XXXX (母・父・自宅・その他)	

サービス等利用計画案・障害児支援利用状況票【週間プラン】

記入例

利用者氏名 (児童氏名)	葛飾 太郎	計画作成日	年 月 日
-----------------	-------	-------	-------

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
7:00							
8:00	〇〇小学校 1年生					△△事業所	
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00	〇〇クラブ		〇〇クラブ				
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							

【特記事項】

(例：長期休暇時には、通所日数を週〇回を増やして利用する予定がある、通所先に空きやキャンセルがあった際は、月によって利用日数が増えることがある等)