

# 調 査 票

記入日

年 月 日

児童氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
通園先					
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	特記や服薬状況	

家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業等

お子様の日常生活の様子をお書きください。(頻度は最近1か月の間の様子でお書きください)

食事	<input type="checkbox"/> 一部介助	おかずを刻む等一部介助が必要	
	<input type="checkbox"/> 全介助	全面的に介助が必要	
排泄	<input type="checkbox"/> 一部介助	時間で促す等一部介助が必要	
	<input type="checkbox"/> 全介助	全面的に介助が必要	
入浴	<input type="checkbox"/> 一部介助	身体を洗う等に一部介助が必要	
	<input type="checkbox"/> 全介助	全面的に介助が必要	
移動	<input type="checkbox"/> 一部介助	手をかしてもらう等に一部介助が必要	
	<input type="checkbox"/> 全介助	全面的に介助が必要	
行動	<input type="checkbox"/> 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"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上
	<input type="checkbox"/> 睡眠障害や食事・排泄に係る不適応行動。(多飲水や過飲水を含む)		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上
	<input type="checkbox"/> 自分をたたく・傷つける、他人をたたく・蹴る、器物を壊す等の行為。		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上
	<input type="checkbox"/> 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"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上
	<input type="checkbox"/> 気分がゆううつで悲観的になったり時には思考力が低下する。		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上
	<input type="checkbox"/> 他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さのため外出や集団行動ができない。また自室にこもって何もしていない。		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上
	<input type="checkbox"/> 学習障害のため読み書きが困難。		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上
特記事項			

《 区確認欄 》

◇利用状況

児童通所サービス	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達	日/月	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問	日/月	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月	
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
短期入所	区分1 区分2 区分3 重心		
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
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
	加算内容		
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

◇利用意向

児童通所サービス	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達	日/月	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問	日/月	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月	
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
短期入所	区分1 区分2 区分3 重心		
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
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
	加算内容		
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

# 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）			
(未通所児童)	<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	
(就学児童)	<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	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月	
サービス福祉	<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	
	<input type="checkbox"/> その他		
留意事項	<input type="checkbox"/> 2人体制		長期休暇時の利用通所日数の変更 (有・無)
	<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)

**記入例**

**調 査 票**

記入日 年 月 日

児童氏名	葛飾 花子	性別	男・ <b>女</b>	生年月日	平成〇〇年〇月〇日
通園先	〇〇〇〇保育園 年少クラス				
手帳所持	手帳所持 あり・ <b>なし</b>				
	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	自閉症 学習障害 脳性麻痺 等 特に診断がない方は記入なしで結構です				
通院状況	医療機関名	診療科	頻度		
	△△△ 医院	内科	月1回	ぜんそく	服薬や気になる病状等ありましたらご記入ください。
	□□□ 歯科	歯科	3か月に1回		
	〇〇〇 クリニック	精神科	月1回	てんかん、服薬あり	

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 等
	△△	母		パート、会社員、専業主婦 等
	□□	兄		〇〇小学校△年生 等

お子様の日常生活の様子をお書きください。(頻度は最近1か月の間の様子をお書きください)

食事	<input type="checkbox"/> 一部介助	おかずを刻む等一部介助が必要	危険認知弱いため手をつなぐ必要あり。 排便後の拭き取り介助。 等 ※見守りが必要な場合は一部介助になります。
	<input type="checkbox"/> 全介助	全面的に介助が必要	
排泄	<input type="checkbox"/> 一部介助	時間で促す等一部介助が必要	
	<input type="checkbox"/> 全介助	全面的に介助が必要	
入浴	<input type="checkbox"/> 一部介助	身体を洗う等に一部介助が必要	
	<input type="checkbox"/> 全介助	全面的に介助が必要	
移動	<input type="checkbox"/> 一部介助	手をかしてもらう等一部介助が必要	
	<input type="checkbox"/> 全介助	全面的に介助が必要	
行動	<input type="checkbox"/> 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"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上	
	<input type="checkbox"/> 睡眠障害や食事・排泄に係る不適応行動(多飲水や過飲水を含む)	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上	
	<input type="checkbox"/> 自分をたたく・傷つける、他人をたたく・蹴る、器物を壊す等の行為	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上	
	<input type="checkbox"/> 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"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上	
	<input type="checkbox"/> 気分がゆううつで悲観的になったり時には思考力が低下する	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上	
	<input type="checkbox"/> 他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さのため外出や集団行動ができない。また自室にこもって何もしていない	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上	
	<input type="checkbox"/> 学習障害のため読み書きが困難。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1・2回以上	
特記事項	お子さまの様子をお書き下さい。(上記に当てはまらない行動など) 物の位置や順番にこだわりがあり思い通りにいかないとパニックをおこす。 自分の頭をたたいたり相手をたたいたりする。動きが多く落ち着きがない。 など		

# 記入不要です

《 区確認欄 》

## ◇利用状況

児童通所サービス	<input type="checkbox"/> 放課後等デイ	日/月	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達	日/月	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問	日/月	
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
短期入所	区分1 区分2 区分3 重心		
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
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
	加算内容		
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

## ◇利用意向

児童通所サービス	<input type="checkbox"/> 放課後等デイ	日/月	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達	日/月	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問	日/月	
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
短期入所	区分1 区分2 区分3 重心		
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
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
	加算内容		
支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

# 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 (通所支援)	<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 (通所支援)	<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	
			<input type="checkbox"/> その他
留意事項	<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)		
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;">                 繋がりがやすい連絡先をご記入ください。             </div>			
<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	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												
16:00							〇〇クラブ		〇〇クラブ			
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)