

## 放課後等デイサービスの利用に関する調査票

\* 申請者（保護者）の方がご記入いただき、申請書と一緒にご提出ください。  
その際、市障がい福祉課において、簡単な聞き取りをさせていただきます。

問1 放課後等デイサービスを利用されるお子様の情報をご記入ください。

①氏名 ..... ②学校名 ..... 学校 ③学年 小・中・高 ..... 年

問2 放課後等デイサービスを利用されるお子様について、該当するものに☑印を付けてください。

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けている                      |
| <input type="checkbox"/> 特別支援学校または特別支援学級に在籍している             |
| <input type="checkbox"/> 児童発達支援（カンガルー教室）の利用経験がある            |
| <input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない * 医師の意見書の提出が必要となります。 |

問3 利用を予定されている放課後等デイサービス事業所に☑印を付けてください。

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 第一アップル（今津）  | <input type="checkbox"/> みんなのね（新旭） |
| <input type="checkbox"/> 第2アップル（安曇川） | <input type="checkbox"/> みんなの木（高島） |

問4 次の各項目について、現在のお子様の状況に最も近い選択肢に☑印を付けてください。

### ①食事

- |                                    |
|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 支援は不要     |
| <input type="checkbox"/> 部分的な介助が必要 |
| <input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要 |

### ③入浴

- |                                    |
|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 支援は不要     |
| <input type="checkbox"/> 部分的な介助が必要 |
| <input type="checkbox"/> 全面的な介助が必要 |

### ②排せつ

- |                                    |
|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 支援は不要     |
| <input type="checkbox"/> 部分的な介助が必要 |
| <input type="checkbox"/> 全面的な介助が必要 |

### ④移動

- |                                    |
|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 支援は不要     |
| <input type="checkbox"/> 部分的な介助が必要 |
| <input type="checkbox"/> 全面的な介助が必要 |

問5 次の各項目について、現在のお子様の状況に最も近い選択肢に☑印を付けてください。

### ①コミュニケーション

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 日常生活に支障はない            | 0 |
| <input type="checkbox"/> 特定の人としかコミュニケーションがとれない | 1 |
| <input type="checkbox"/> 会話以外の方法でコミュニケーションできる  | 1 |
| <input type="checkbox"/> 独自の方法でコミュニケーションできる    | 2 |
| <input type="checkbox"/> コミュニケーションできない         | 2 |

### ③大声・奇声を出す

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 支援は不要            | 0 |
| <input type="checkbox"/> 月1回以上の支援が必要      | 1 |
| <input type="checkbox"/> 週1回以上または習慣化している。 | 2 |

### ②説明の理解

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 簡単な説明はおおむね理解ができる      | 0 |
| <input type="checkbox"/> 会話以外の方法を用いるとおおむね理解できる | 1 |
| <input type="checkbox"/> 全面的に支援を要する            | 2 |

### ④異食行動

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 支援は不要        | 0 |
| <input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある。 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 常に支援が必要      | 2 |

（裏面へ続きます。）

#### ⑤多動・行動停止

<input type="checkbox"/> 支援は不要	0
<input type="checkbox"/> 月 1 回以上の支援が必要	1
<input type="checkbox"/> 週 1 回以上または習慣化している。	2

#### ⑥不安定な行動

<input type="checkbox"/> 支援は不要	0
<input type="checkbox"/> 月 1 回以上の支援が必要	1
<input type="checkbox"/> 週 1 回以上または習慣化している。	2

#### ⑦自分を傷つける行為

<input type="checkbox"/> 支援は不要	0
<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	1
<input type="checkbox"/> 常に支援が必要	2

#### ⑧他人を傷つける行為

<input type="checkbox"/> 支援は不要	0
<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	1
<input type="checkbox"/> 常に支援が必要	2

#### ⑨不適切な行為

<input type="checkbox"/> 支援は不要	0
<input type="checkbox"/> 月 1 回以上の支援が必要	1
<input type="checkbox"/> 週 1 回以上または習慣化している。	2

#### ⑩突発的な行動

<input type="checkbox"/> 支援は不要	0
<input type="checkbox"/> 月 1 回以上の支援が必要	1
<input type="checkbox"/> 週 1 回以上または習慣化している。	2

#### ⑪過食・反すう等

<input type="checkbox"/> 支援は不要	0
<input type="checkbox"/> 月 1 回以上の支援が必要	1
<input type="checkbox"/> 週 1 回以上または習慣化している	2

#### ⑫てんかん

<input type="checkbox"/> 支援は不要	0
<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある。	1
<input type="checkbox"/> 常に支援が必要	2

#### ⑬そううつ状態

<input type="checkbox"/> 支援は不要	0
<input type="checkbox"/> 月 1 回以上の支援が必要	1
<input type="checkbox"/> 週 1 回以上または習慣化している。	2

#### ⑭反復的行動

<input type="checkbox"/> 支援は不要	0
<input type="checkbox"/> 月 1 回以上の支援が必要	1
<input type="checkbox"/> 週 1 回以上または習慣化している。	2

#### ⑮対人面の不安・緊張、集団生活への不適応

<input type="checkbox"/> 支援は不要	0
<input type="checkbox"/> 月 1 回以上の支援が必要	1
<input type="checkbox"/> 週 1 回以上または習慣化している	2

#### ⑯読み書き

<input type="checkbox"/> 支援は不要	0
<input type="checkbox"/> 部分的な支援が必要	1
<input type="checkbox"/> 全面的な支援が必要	2

※市記入欄（以下は障がい福祉課にて記入します。）

問 4	問 5 点	個別サポート加算( I ) 該当 ・ 非該当	確認者氏名
-----	-------	------------------------	-------

該当基準：問 4 において「全介助」が 3 項目以上、または問 5 において合計点数が「13 点」以上