

放課後等デイサービスの利用にあたってのチェックリストについて

【記入例】

児童氏名： _____

項目	A	B	C	備考
①コミュニケーション	<input type="radio"/> 日常生活に支障がない	<input type="radio"/> 特定の者であればコミュニケーションできる <input type="radio"/> 会話以外の方法でコミュニケーションできる	<input type="radio"/> 独自の方法でコミュニケーションできる <input type="radio"/> コミュニケーションできない	家族以外とはコミュニケーションができない。
②説明の理解	<input checked="" type="radio"/> 理解できる	<input type="radio"/> 理解できない	<input type="radio"/> 理解できているか判断できない	
③大声・奇声を出す	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> まれに支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="radio"/> 週1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	気分がイライラするときに大声を出すことがある。
④異食行動	<input checked="" type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> まれに支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> 週1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	
⑤多動・行動停止	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> まれに支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> 週1回以上の支援が必要	<input checked="" type="radio"/> ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	落ち着きがなく、常に動きまわっている。
⑥不安定な行動	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> まれに支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="radio"/> 週1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	時々パニックを起こす
⑦自らを傷つける行為	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> まれに支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="radio"/> 週1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	イライラした時に、自分の手を噛む。
⑧他人を傷つける行為	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> まれに支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="radio"/> 週1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	自分の思いが通らないときは友達を叩いたりする。
⑨不適切な行為	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> まれに支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="radio"/> 週1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	外出した時に知らない人の顔を覗き込んだりする。
⑩突発的な行動	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> まれに支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="radio"/> 週1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	外出時、急に走り出すことがある。
⑪過食・反すう等	<input checked="" type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> まれに支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> 週1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	
⑫てんかん	<input type="radio"/> 年1回以上	<input type="radio"/> 月に1回以上	<input type="radio"/> 週1回以上	なし
⑬そううつ状態	<input checked="" type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> まれに支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> 週1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	
⑭反復的行動	<input type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> まれに支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input checked="" type="radio"/> 週1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	不安定になると何回も手を洗う。
⑮対人面の不安緊張、 集団生活への不適応	<input checked="" type="radio"/> 支援が不要 <input type="radio"/> まれに支援が必要 <input type="radio"/> 月に1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> 週1回以上の支援が必要	<input type="radio"/> ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	
⑯読み書き	<input checked="" type="radio"/> 支援が不要	<input type="radio"/> 部分的な支援が必要	<input type="radio"/> 全面的な支援が必要	