

生活記録票

記入日	年 月 日
-----	-------

フリガナ		生年月日等	年 月 日 (年齢 歳)
氏名		記載者	(続柄)
障がいの種類及び程度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他()	(記載内容)	<input type="checkbox"/> 重症心身障がい児 <input type="checkbox"/> 遷延性心身障がい児
世帯状況	<input type="checkbox"/> 母子・父子家庭世帯 <input type="checkbox"/> 離別 (年 月から) <input type="checkbox"/> 単身赴任・別居(理由:) (氏名) 個人番号: (住所) <input type="checkbox"/> 婚姻歴なし		

障がい児の調査項目(5領域11項目)

領域	項目	判断基準				
①	食 事 (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※ 通常の発達において介助が必要な場合でも、一部介助または全介助のいずれかを選択してください。	
②	排 せ つ (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
③	入 浴 (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
④	移 動 (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
⑤	行動障がい および 精神症状	(1)強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	※かんしゃく含む
		(2)睡眠障がいや食事・排せつに係る不適応行動。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(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"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(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"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(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"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(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、自室に閉じこもって何もしないでいる。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(7)読み書きが困難な状態。(学習障がいを含む)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	

特記事項	
------	--

区分における指標			合計点数: 点
項目	0点	1点	2点
コミュニケーション 家族や支援者等と意思の疎通ができる	<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"/> 独自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 本人が使用するコミュニケーション方法での説明の理解の度合い	<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 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	<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 食べられないものを口にいたり飲み込もうとする	<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 興味関心が強く多動になったり、その対象にこだわって動かなくなる	<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 状況等が変わることが受け入れられず、パニック状態になる等、行動が不安定になる	<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 自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行動	<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
他人を傷つける行為 他人を叩いたり蹴ったりする行動	<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
不適切な行為 興味が優先したり判断能力が不十分等により、他人に抱きついたり物を持ってきたり等する	<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
突発的な行動 突然走っていなくなるような突発的行動	<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
過食・反すう等 過食、過飲、拒食や一度飲み下した食物を口の中に戻す等、食に関する問題がある	<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 てんかん発作	<input type="checkbox"/> 年1回以上 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上
そううつ状態 気分の憂鬱、又は高揚により危険防止の支援が必要な場合	<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 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日常生活に支障がある	<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 人に会うことで緊張状態、又は不安になり外出等ができない	<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 文章を読む、書くことについて支援が必要かどうか	<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

記入日

フリガナ	チバ タロウ	生年月日等	令和 ○年 ○月 ○日 (年齢 ○歳)
氏名	千葉 太郎	記入者	千葉 花子 (続柄 母)
障がいの種類及び程度	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他()	(記載内容)	<input type="checkbox"/> 重症心身障がい児 <input type="checkbox"/> 遷延性心身障がい児 身体障害者手帳 1種1級 疾病による両下肢機能障がい(1級) 移動機能障がい(1級) 手動車椅子使用 療育手帳 Bの1
世帯状況	<input checked="" type="checkbox"/> 母子・父子家庭世帯 <input type="checkbox"/> 離別 (○年 ○月から) <input type="checkbox"/> 単身赴任・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居理由: 離婚協議中 ○年 ○月から (氏名) 千葉 次郎 個人番号: (住所) 東京都渋谷区渋谷1丁目 <input type="checkbox"/> 婚姻歴なし		

障がい児の調査項目(5領域11項目)

領域	項目	判断基準				
①	食 事 (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※ 通常の発達において介助が必要な場合でも、一部介助または全介助のいずれかを選択してください。	
②	排 せ つ (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
③	入 浴 (見守り、声かけ含む)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
④	移 動 (見守り、声かけ含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
⑤	行動障がい および 精神症状	(1)強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動。	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	※かんしゃく含む
		(2)睡眠障がいや食事・排せつに係る不適応行動。	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(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"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(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"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(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 checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(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、自室に閉じこもって何もしていない。	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	
		(7)読み書きが困難な状態。(学習障がいを含む)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	

特記事項	排せつ・・・大便の後始末が不完全 入浴・・・浴槽への出入りに全介助 利用事業者 千葉ヘルパーステーション 児童デイ若葉
------	-------------------------------------------------------------------

区分における指標

合 記載例

項目	0点	1点	
コミュニケーション 家族や支援者等と意思の疎通ができる	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない	<input checked="" 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"/> 独自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 本人が使用するコミュニケーション方法での説明の理解の度合い	<input checked="" 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 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	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 希に支援が必要 <input checked="" 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 食べられないものを口にいたり飲み込もうとする	<input checked="" 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 興味関心が強く多動になったり、その対象にこだわって動かなくなる	<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 checked="" 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 状況等が変わることが受け入れられず、パニック状態になる等、行動が不安定になる	<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 checked="" 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 自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行動	<input checked="" 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 他人を叩いたり蹴ったりする行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input checked="" 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 興味が優先したり判断能力が不十分等により、他人に抱きついたり物を持ってきたり等する	<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 checked="" 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
突発的な行動 突然走っていなくなるような突発的行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input checked="" 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 過食、過飲、拒食や一度飲み下した食物を口の中に戻す等、食に関する問題がある	<input checked="" 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 てんかん発作	<input type="checkbox"/> 年1回以上 <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上
そううつ状態 気分の憂鬱、又は高揚により危険防止の支援が必要な場合	<input checked="" 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 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日常生活に支障がある	<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 checked="" 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 人に会うことで緊張状態、又は不安になり外出等ができない	<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 checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
読み書き 文章を読む、書くことについて支援が必要かどうか	<input type="checkbox"/> 支援が不要	<input type="checkbox"/> 部分的な支援が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 全面的な支援が必要