

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日	年 月 日	実施場所			
ふりがな			所属機関	調査時間	分
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな			性別	男・女	年齢	歳
対象者氏名					生年月日	
現住所				電話		
家族等 連絡先				電話		

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当項目にチェックを入れてください）

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	<input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5・ <input type="checkbox"/> 6
2) 身体障害の種類	<input type="checkbox"/> 視覚障害・ <input type="checkbox"/> 聴覚障害・ <input type="checkbox"/> 肢体不自由・ <input type="checkbox"/> 内部障害・ <input type="checkbox"/> その他（_____）
3) 療育手帳等級	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 最重度
	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 重 度
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 中 度
	<input type="checkbox"/> 軽 度
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級
5) 障害基礎年金等級	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級
6) その他の障害年金等級	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当・ <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当
7) 生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有（他人介護料有り）・ <input type="checkbox"/> 有（他人介護料無し）・ <input type="checkbox"/> 無

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： _____ 回程度 ・ 社会活動の参加の状況（ ） ・ 過去2年間の入所歴： <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ・ 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ・ その他

調査項目（障がい児）－ 5 領域 1 1 項目

※

通常の発達において必要とされる介助等は除く。

項目	区分	障がい児の状況	判断基準
① 食事	<input type="checkbox"/> 全介助を要する。 <input type="checkbox"/> 一部介助を要する。 <input type="checkbox"/> 介助を要しない。		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。
② 排せつ	<input type="checkbox"/> 全介助を要する。 <input type="checkbox"/> 一部介助を要する。 <input type="checkbox"/> 介助を要しない。		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要する。
③ 入浴	<input type="checkbox"/> 全介助を要する。 <input type="checkbox"/> 一部介助を要する。 <input type="checkbox"/> 介助を要しない。		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要する。
④ 移動	<input type="checkbox"/> 全介助を要する。 <input type="checkbox"/> 一部介助を要する。 <input type="checkbox"/> 介助を要しない。		全面的に介助を要する。 手を貸してもらうなど一部介助を要する。
⑤ 行動障害及び精神症状	1	<input type="checkbox"/> ある。 <input type="checkbox"/> ときどきある。 <input type="checkbox"/> ない。	「ある。」・・・ほぼ毎日（週5日以上）ある。 「ときどきある。」・・・週1・2回程度以上ある。 1) 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。 2) 睡眠障害や食事・排泄に係る不適応行動。 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。 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。 5) 再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常生活動作に時間がかかる。 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でいる。 7) 学習障害のため、読み書きが困難。
	2	<input type="checkbox"/> ある。 <input type="checkbox"/> ときどきある。 <input type="checkbox"/> ない。	
	3	<input type="checkbox"/> ある。 <input type="checkbox"/> ときどきある。 <input type="checkbox"/> ない。	
	4	<input type="checkbox"/> ある。 <input type="checkbox"/> ときどきある。 <input type="checkbox"/> ない。	
	5	<input type="checkbox"/> ある。 <input type="checkbox"/> ときどきある。 <input type="checkbox"/> ない。	
	6	<input type="checkbox"/> ある。 <input type="checkbox"/> ときどきある。 <input type="checkbox"/> ない。	
	7	<input type="checkbox"/> ある。 <input type="checkbox"/> ときどきある。 <input type="checkbox"/> ない。	

日中一時 区分表

障 害 の 程 度	
区分 1	①～④で「全介助」が3項目以上 又は ⑤で「ある」が1項目以上
区分 2	①～④で「一部介助」が3項目以上 又は ⑤で「ときどきある」が1項目以上
区分 3	区分 1 及び区分 2 に該当しない程度