



**5-4. 買いものについて**（商品の選択・代金の支払い・商品の持ち帰り など）

<input type="checkbox"/> ① 自分で商品を選択し支払いをしたり、不明点を店員に確認したりできるため、ほとんど支援を必要としない。
<input type="checkbox"/> ② 商品の選択や確認はできるが、代金の支払いはできないなど、部分的な介助を必要とする。
<input type="checkbox"/> ③ 一人で行うことが困難なため、全面的な介助を必要とする。
<特記事項・具体的な状況>

**5-5. 交通機関の利用について**（目的地までの手段の判断や選択・切符の購入・乗り降り など）

<input type="checkbox"/> ① 自分で切符を購入し、バスや電車に乗って目的地へ行くことができるため、ほとんど支援を必要としない。
<input type="checkbox"/> ② 切符の購入や、乗降時に声掛けや見守りが必要であるなど、部分的な介助を必要とする。
<input type="checkbox"/> ③ 一人で行うことが困難なため、全面的な介助を必要とする。
<特記事項・具体的な状況>

**5-6. 視力について**

<input type="checkbox"/> ① 日常生活に問題なく見える	<input type="checkbox"/> ④ ほとんど見えない
<input type="checkbox"/> ② 1m離れたものが見える	<input type="checkbox"/> ⑤ まったく見えていない
<input type="checkbox"/> ③ 目の前のものが見える	<input type="checkbox"/> ⑥ 見えているのか判断できない
<特記事項・具体的な状況>	

**6-1. コミュニケーション(意思疎通)について**（身振り手振り・絵カード・サイン・手話・筆談・トーキングエイド 等を含む）

<input type="checkbox"/> ① 日常生活の中では、保護者以外の人も含め誰とでもコミュニケーションすることができる。
<input type="checkbox"/> ② 本人が日常的に行っていることや、家族や先生などの特定の人に対してのみ、コミュニケーションすることができる。
<input type="checkbox"/> ③ 手話や筆談、メール、意思伝達装置等、ある程度共通理解のあるの方法で、コミュニケーションすることができる。
<input type="checkbox"/> ④ 身振り、手振り、触手話など、特定の相手しか理解できない独自の方法で、コミュニケーションを行う。
<input type="checkbox"/> ⑤ 意思疎通が困難であり、本人の訴えがほとんどわからない。
<特記事項・具体的な状況>

**6-2. 説明の理解について**（言葉以外の方法を含む）

<input type="checkbox"/> ① 説明を概ね理解し、返事や頷きなどの反応をし、説明に応じた行動をすることができる。
<input type="checkbox"/> ② 説明の多くを理解できず、状況によっては説明に応じた行動ができない場合がある。
<input type="checkbox"/> ③ 説明を理解できているかどうか判断できない。
<特記事項・具体的な状況>

**6-3. 大声や奇声を出すこと**（思い通りにならないときや、関心の強いものを見た時など）

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	⇒ <input type="checkbox"/> ⑥ 1日に何回もある
	<input type="checkbox"/> ⑦ 1日中絶えず継続する
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ③ 月に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ④ 稀に（数か月に1回以上）ある	
<input type="checkbox"/> ⑤ ない または ほとんどない	

**6-4. 食べられないものを口に入れる行動**

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ③ 月に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ④ 稀に（数か月に1回以上）ある	
<input type="checkbox"/> ⑤ ない または ほとんどない	

**6-5. 多動や行動の停止**（集中力がなく落ち着きなく動き回ったり、特定の物や人にこだわって動かなくなる 等）

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ③ 月に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ④ 稀に（数か月に1回以上）ある	
<input type="checkbox"/> ⑤ ない または ほとんどない	

**6-6. 不安定な行動**（予定や環境が変わると大声をだしたり、興奮してパニック状態になる など）

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ③ 月に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ④ 稀に（数か月に1回以上）ある	
<input type="checkbox"/> ⑤ ない または ほとんどない	

**6-7. 自らを傷つける行為**（自分の頭をたたく、髪の毛を引っ張る、爪を噛む、指しゃぶりや掻きむしり など）

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	⇒ <input type="checkbox"/> ⑥ 1日中ある <input type="checkbox"/> ⑦ 1日に1回程度ある
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ③ 月に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ④ 稀に（数か月に1回以上）ある	
<input type="checkbox"/> ⑤ ない または ほとんどない	

**6-8. 他人を傷つける行為**（他人を叩く、髪の毛を引っ張る、押す、蹴る など）

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	⇒ <input type="checkbox"/> ⑥ 1日に何度もある
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ③ 月に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ④ 稀に（数か月に1回以上）ある	
<input type="checkbox"/> ⑤ ない または ほとんどない	

**6-9. 不適切と思われる行為**（突然抱きつく、他人の物をとってきってしまう、距離が近すぎる など）

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ③ 月に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ④ 稀に（数か月に1回以上）ある	
<input type="checkbox"/> ⑤ ない または ほとんどない	

**6-10. 突発的な行動**（突然走っていなくなる、興味や関心の強いものをみると急に飛び出す など）

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ③ 月に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ④ 稀に（数か月に1回以上）ある	
<input type="checkbox"/> ⑤ ない または ほとんどない	

**6-11. 過食・反すう等、食に関する行動上の問題**（気分が悪くなるまで食べ過ぎる、飲みすぎる、極端な偏食 など）

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	⇒ <input type="checkbox"/> ⑥ ほぼ毎食ある
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ③ 月に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ④ 稀に（数か月に1回以上）ある	
<input type="checkbox"/> ⑤ ない または ほとんどない	

### 6-12. てんかん発作

<input type="checkbox"/> ① ない	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 年に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ③ 月に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ④ 週に1回以上ある	

### 6-13. 気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下したりすること

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上 または 1か月に2回以上の週が2週以上	
<input type="checkbox"/> ③ ない または ほとんどない	

### 6-14. 再三の手洗いや、繰り返しの確認行動のため、日常動作に時間がかかる

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上 または 1か月に2回以上の週が2週以上	
<input type="checkbox"/> ③ ない または ほとんどない	

### 6-15. 不安や緊張、感覚過敏等により外出や集団参加ができなかったり、自室に閉じこもって何もしない

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上 または 1か月に2回以上の週が2週以上	
<input type="checkbox"/> ③ ない または ほとんどない	

### 6-16. 学習障害による読み書き困難や学習の遅れ

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上 または 1か月に2回以上の週が2週以上	
<input type="checkbox"/> ③ ない または ほとんどない	

### 6-17. こたわりが強く、生活や移動の際に困難となる

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	→ <input type="checkbox"/> ④ 1日に何度もある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上 または 1か月に2回以上の週が2週以上		
<input type="checkbox"/> ③ ない または ほとんどない		

### 6-18. 物を壊してしまう行動

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	→ <input type="checkbox"/> ④ 1日に何度もある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上 または 1か月に2回以上の週が2週以上		
<input type="checkbox"/> ③ ない または ほとんどない		

### 6-19. 睡眠障害（夜眠れない、何度も目が覚める、朝起きられない など）

<input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日（週に5日以上）ある	<特記事項・具体的な状況>
<input type="checkbox"/> ② 週に1回以上 または 1か月に2回以上の週が2週以上	
<input type="checkbox"/> ③ 月に1回以上ある	
<input type="checkbox"/> ④ ない または ほとんどない	

### 7. 医療的なケアについて（該当する場合は、別途「医師の判定スコア」の記入が必要になります）

<input type="checkbox"/> ① 人工呼吸器の管理（鼻マスク式、ハイロセパ <sup>®</sup> 、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む）
<input type="checkbox"/> ② 気管切開の管理
<input type="checkbox"/> ③ 鼻咽頭エアウェイの管理
<input type="checkbox"/> ④ 酸素療法
<input type="checkbox"/> ⑤ 吸引（口鼻腔、気管内吸引）
<input type="checkbox"/> ⑥ ネブライザーの管理
<input type="checkbox"/> ⑦ 経管栄養（経鼻胃管、胃ろう、経鼻腸管、経胃ろう腸管、腸ろう、食堂ろう、持続経管注入ポンプ）
<input type="checkbox"/> ⑧ 中心静脈カテーテルの管理
<input type="checkbox"/> ⑨ 皮下注射
<input type="checkbox"/> ⑩ 血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む）
<input type="checkbox"/> ⑪ 継続的な透析
<input type="checkbox"/> ⑫ 導尿（間欠的導尿、尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、尿路ストーマ）
<input type="checkbox"/> ⑬ 排便管理（消化管ストーマ、摘便、洗腸、浣腸）
<input type="checkbox"/> ⑭ 痙攣時の坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激送致の作動等の処置