

日常生活等の状況

(1) 身体障害・知的障害

食事 行為	<input type="checkbox"/> 1 全面的支援が必要 <input type="checkbox"/> 2 部分的支援が必要 <input type="checkbox"/> 3 必要性が低い 特記事項 (<input type="checkbox"/> 1 普通食 <input type="checkbox"/> 2 軟食 <input type="checkbox"/> 3 きざみ <input type="checkbox"/> 4 流動食) (<input type="checkbox"/> 1 咀嚼困難有 <input type="checkbox"/> 2 嚥下困難有)	特記事項
排泄 行為	<input type="checkbox"/> 1 全面的支援が必要 <input type="checkbox"/> 2 部分的支援が必要 <input type="checkbox"/> 3 必要性が低い 特記事項 (<input type="checkbox"/> 1 洋式 <input type="checkbox"/> 2 和式 <input type="checkbox"/> 3 おむつ <input type="checkbox"/> 4 ポータブル) (排尿 回 / 1日)	特記事項
入浴	<input type="checkbox"/> 1 全面的支援が必要 <input type="checkbox"/> 2 部分的支援が必要 <input type="checkbox"/> 3 必要性が低い 特記事項 (<input type="checkbox"/> 1 入浴 <input type="checkbox"/> 2 シャワー浴 <input type="checkbox"/> 3 清拭)	特記事項
移動 (屋内)	<input type="checkbox"/> 1 全面的支援が必要 <input type="checkbox"/> 2 部分的支援が必要 <input type="checkbox"/> 3 必要性が低い 特記事項 (<input type="checkbox"/> 介助犬利用)	特記事項
移 動 (屋外)	<input type="checkbox"/> 1 全面的支援が必要 <input type="checkbox"/> 2 部分的支援が必要 <input type="checkbox"/> 3 必要性が低い 特記事項 (<input type="checkbox"/> 1 盲導犬利用 <input type="checkbox"/> 2 車いす利用 <input type="checkbox"/> 3 電動車いす利用) (<input type="checkbox"/> 1 信号を理解できない <input type="checkbox"/> 2 自動車を回避できない)	特記事項
自傷行為	<input type="checkbox"/> 1 全面的支援が必要 <input type="checkbox"/> 2 部分的支援が必要 <input type="checkbox"/> 3 必要性が低い	特記事項
他人・物に対する 粗暴行為	<input type="checkbox"/> 1 全面的支援が必要 <input type="checkbox"/> 2 部分的支援が必要 <input type="checkbox"/> 3 必要性が低い	特記事項
強いこだわり、多動、パ ニック等の不安定行動	<input type="checkbox"/> 1 全面的支援が必要 <input type="checkbox"/> 2 部分的支援が必要 <input type="checkbox"/> 3 必要性が低い	特記事項
睡眠障害や食事・排泄に 係る不適応行動	<input type="checkbox"/> 1 全面的支援が必要 <input type="checkbox"/> 2 部分的支援が必要 <input type="checkbox"/> 3 必要性が低い	特記事項
備考		

注意 見守り等が必要な状況等も含めて日常生活に困っている状況を聴き取り、特記事項に記載すること。

(2) 精神障害

食事行為	<input type="checkbox"/> 1 食事が規則正しく摂取できている <input type="checkbox"/> 2 他人の分まで食べてしまったり、過剰に食べすぎ <input type="checkbox"/> 3 食欲がなく、食事を受け付けない <input type="checkbox"/> 4 食べてもはいてしまう <input type="checkbox"/> 5 その他 ()	特記事項
排泄行為	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 その他 ()	特記事項
入浴	<input type="checkbox"/> 1 入浴できている 洗身・洗髪 <input type="checkbox"/> 2 たまにしかできない 週に1回以上 月に1回以上 月に1回未満 <input type="checkbox"/> 3 全く(殆んど)入浴できていない <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	特記事項
睡眠	<input type="checkbox"/> 1 規則正しく睡眠がとれる <input type="checkbox"/> 2 その他 ()	特記事項
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 その他 ()	特記事項
外出	<input type="checkbox"/> 1 不安・緊張で一人では外出できない <input type="checkbox"/> 2 人ごみの中(人の集まる所)には一人ではいけない <input type="checkbox"/> 3 電車・バスの利用が一人でできない <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	特記事項
歩行	<input type="checkbox"/> 1 薬の副作用等で不安定な為、歩行に介助が必要 <input type="checkbox"/> 2 その他 ()	特記事項
備考		

自分の意思を伝える場合にうまくできないと感じるときはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	特記事項
外出時不安で困ることはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	特記事項
死にたい気持ちになることはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	特記事項
落ち込んで何もできなくなることはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	特記事項
混乱してパニックになり周囲を巻きこんでしまうようなことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	特記事項
こだわりが強いために困ることはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	特記事項
その他 日常生活で困っていることは？		

注意 見守り等が必要な状況等も含めて日常生活に困っている状況を聴き取り、特記事項に記載すること。