

大阪市記入欄	<input type="checkbox"/> 1、前回引き継ぎ
--------	-----------------------------------

申請区 種別コード

調査の際、調査対象者が急病等により一時的に状況が変化している場合等、適切な調査が行えない場合は再調査を行ってください。

受給者証番号

申請日 年 月 日

概況調査票

大 阪 市

1 調査実施者(記入者)

実施日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	※ <input type="checkbox"/> 欄は読取項目のため枠内にハッキリと数字を記載してください。			
実施場所	<input type="checkbox"/> 1、自宅内 ・ 2、自宅外 ()				
ふりがな		所属機関	調査時間		
記入者氏名					
ふりがな		ふりがな		調査対象者との関係	
同行者氏名		介添者・同席者氏名			

2 調査対象者

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男	年齢	歳
対象者氏名			<input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名 ()			調査対象者との関係 ()	

3 認定を受けている各種の障がい等級等において該当する項目にチェックをつけてください。

障がい種別など	等級など
1) 身体障がい者等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級
2) 身体障がいの種類	<input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障がい <input type="checkbox"/> その他()
3) 療育手帳等級	<input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B1 ・ <input type="checkbox"/> B2
	<input type="checkbox"/> 重度 ・ <input type="checkbox"/> 中度 ・ <input type="checkbox"/> 軽度
	認定カード (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
4) 精神障がい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) 難病等疾病名	<input type="checkbox"/> 1、有 ()
6) 障がい基礎年金等級	<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級
7) その他の障がい年金等級	<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級 ・ <input type="checkbox"/> 3級
8) 生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(他人介護料有り) <input type="checkbox"/> 有(他人介護料なし) <input type="checkbox"/> 無

大阪市記入欄	<input type="checkbox"/> 1、前回引き継ぎ
--------	-----------------------------------

申請区 種別コード

調査の際、調査対象者が急病等により一時的に状況が変化している場合等、適切な調査が行えない場合は再調査を行ってください。

受給者証番号

申請日 年 月 日

概況調査票

大 阪 市

1 調査実施者(記入者)

実施日	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	※ <input type="checkbox"/> 欄は読取項目のため枠内にハッキリと数字を記載してください。		
実施場所	<input type="checkbox"/> 1、自宅内 ・ 2、自宅外 ()			
ふりがな		所属機関		調査時間
記入者氏名				
ふりがな		ふりがな		調査対象者との関係
同行者氏名		介添者・同席者氏名		

2 調査対象者

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男	年齢	歳
対象者氏名			<input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

3 認定を受けている各種の障がい等級等において該当する項目にチェックをつけてください。

障がい種別など	等級など
1) 身体障がい者等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級
2) 身体障がいの種類	<input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障がい <input type="checkbox"/> その他()
3) 療育手帳等級	<input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B1 ・ <input type="checkbox"/> B2
	<input type="checkbox"/> 重度 ・ <input type="checkbox"/> 中度 ・ <input type="checkbox"/> 軽度
	認定カード (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
4) 精神障がい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) 難病等疾病名	<input type="checkbox"/> 1、有 ()
6) 障がい基礎年金等級	<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級
7) その他の障がい年金等級	<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級 ・ <input type="checkbox"/> 3級
8) 生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(他人介護料有り) <input type="checkbox"/> 有(他人介護料なし) <input type="checkbox"/> 無

申請区 種別コード

受給者証番号

申請日 年 月 日

概況調査票

大 阪 市

1 調査実施者(記入者)

実施日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
実施場所	<input type="checkbox"/> 1、自宅内 ・ 2、自宅外 (<input type="text"/>)	
ふりがな	所属機関	調査時間
記入者氏名		
ふりがな	ふりがな	調査対象者との関係
同行者氏名	介添者・同席者氏名	

2 調査対象者

ふりがな		年齢	歳
対象者氏名		生年月日	年 月 日
現住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	電話	- -
家族等連絡先	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 氏名 (<input type="text"/>) 調査対象者との関係 (<input type="text"/>)	電話	- -

3 認定を受けている各種の障がい等級等において該当する項目にチェックをつけてください。

障がい種別など	等級など
1) 身体障がい者等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級
2) 身体障がいの種類	<input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障がい <input type="checkbox"/> その他(<input type="text"/>)
3) 療育手帳等級	<input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B1 ・ <input type="checkbox"/> B2
	<input type="checkbox"/> 重度 ・ <input type="checkbox"/> 中度 ・ <input type="checkbox"/> 軽度
	認定カード (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
4) 精神障がい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) 難病等疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 1、有 (<input type="text"/>)
6) 障がい基礎年金等級	<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級
7) その他の障がい年金等級	<input type="checkbox"/> 1級 ・ <input type="checkbox"/> 2級 ・ <input type="checkbox"/> 3級
8) 生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(他人介護料有り) <input type="checkbox"/> 有(他人介護料なし) <input type="checkbox"/> 無

受給者証番号

Grid for recipient ID number

4 現在利用しているサービス等の状況をチェック及び記入してください。

Main form for service status, including categories like '障害がい福祉関連' (Disability Welfare Related), '介護保険・医療' (Nursing Insurance/Medical), and '介護保険サービス' (Nursing Insurance Services).

5 今後利用したいサービスの利用意向を記入してください。

Form for future service usage intentions, including options for continuing, changing, or adding services.

【サービスの追加・変更等を希望する理由】

Large empty box for providing reasons for service changes.

本日も伺った今後のサービスの利用意向は、区において障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の介護給付・訓練等給付の支給を決定するための資料として使用するため、介護給付・訓練等給付以外のサービスを利用するための手続きは別途必要になります。

受給者証番号

Grid for recipient ID number

4 現在利用しているサービス等の状況をチェック及び記入してください。

Main form for service status, including categories like '障害がい福祉関連' (Disability Welfare Related), '介護保険・医療' (Nursing Insurance/Medical), and '介護保険サービス' (Nursing Insurance Services).

5 今後利用したいサービスの利用意向を記入してください。

Form for future service usage intentions, including checkboxes for continuing, changing, or adding services, and a text box for reasons.

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6 地域生活関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 外出の頻度(過去1ヶ月間の回数)	[回程度]	(うち、通院にかかる外出	回)
・ 通院以外の外出の内容、頻度	()
・ 過去2年間の入所歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
あり ⇒ 入所期間:	年 月 ~	年 月	入所した施設の種類	()
	年 月 ~	年 月	入所した施設の種類	()
・ 過去2年間の入院歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
あり ⇒ 入院期間:	年 月 ~	年 月	入院の原因となった病名	()
	年 月 ~	年 月	入院の原因となった病名	()
・ その他					

7 就労関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 就労状況:	<input type="checkbox"/> 一般就労	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 就労していない	<input type="checkbox"/> その他	()
現在、一般就労(パート・アルバイトを含む)している場合 ⇒	就職日:	年	月	日		
[就労先(所在地) :]
・ 過去の就労経験:	一般就労やパート・アルバイトの経験	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	最近1年間の就労の経験	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	中断の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
・ 就労希望の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
具体的に						

8 日中活動関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 主として活動している場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> その他	()
----------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	---	---

9 介護者(支援者)関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 介護者の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	[主たる介護者の氏名:		続柄:]
・ 介護者の健康状態等特記すべきこと						
・ 家族状況等について特記すべきこと						

10 住居関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅(単身)	<input type="checkbox"/> 自宅(家族等同居)	<input type="checkbox"/> グループホーム			
	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 入所施設	<input type="checkbox"/> その他	()	
・ 居住環境(生活の中で困っている箇所など)						

11 その他、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。(サービスの種類や量に関する事など)

--

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6 地域生活関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 外出の頻度(過去1ヶ月間の回数)	[回程度]	(うち、通院にかかる外出	回)
・ 通院以外の外出の内容、頻度	()
・ 過去2年間の入所歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
あり ⇒ 入所期間:	年 月 ~	年 月	入所した施設の種類	()
	年 月 ~	年 月	入所した施設の種類	()
・ 過去2年間の入院歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
あり ⇒ 入院期間:	年 月 ~	年 月	入院の原因となった病名	()
	年 月 ~	年 月	入院の原因となった病名	()
・ その他					

7 就労関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 就労状況:	<input type="checkbox"/> 一般就労	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 就労していない	<input type="checkbox"/> その他	()
現在、一般就労(パート・アルバイトを含む)している場合 ⇒	就職日:	年	月	日		
[就労先(所在地) :]
・ 過去の就労経験:	一般就労やパート・アルバイトの経験	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	最近1年間の就労の経験	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	中断の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
・ 就労希望の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
具体的に						

8 日中活動関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 主として活動している場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> その他	()
----------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	---	---

9 介護者(支援者)関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 介護者の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	[主たる介護者の氏名:		続柄:]
・ 介護者の健康状態等特記すべきこと						
・ 家族状況等について特記すべきこと						

10 住居関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅(単身)	<input type="checkbox"/> 自宅(家族等同居)	<input type="checkbox"/> グループホーム			
	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 入所施設	<input type="checkbox"/> その他	()	
・ 居住環境(生活の中で困っている箇所など)						

11 その他、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。(サービスの種類や量に関する事など)

--

調査日 年 月 日

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定調査票

大阪市

1. 移動や動作等に関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

1-1 寝返り		1-7 片足での立位保持	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
1-2 起き上がり		1-8 歩行	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
1-3 座位保持		1-9 移動	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
1-4 移乗		1-10 衣服の着脱	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
1-5 立ち上がり		1-11 じょくそう	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. ない	2. ある
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要		
1-6 両足での立位保持		1-12 えん下	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	

2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

2-1 食事		2-9 電話等の利用	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-2 口腔清潔		2-10 日常の意思決定	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-3 入浴		2-11 危険の認識	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-4 排尿		2-12 調理	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-5 排便		2-13 掃除	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-6 健康・栄養管理		2-14 洗濯	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-7 薬の管理		2-15 買い物	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-8 金銭の管理		2-16 交通手段の利用	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	

※本日お渡しした認定調査の結果(項目のチェック)については、障がい支援区分認定審査会の審査により変更
 場合があります。

調査日 年 月 日

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定調査票

大阪市

1. 移動や動作等に関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

1-1 寝返り		1-7 片足での立位保持	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
1-2 起き上がり		1-8 歩行	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
1-3 座位保持		1-9 移動	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
1-4 移乗		1-10 衣服の着脱	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
1-5 立ち上がり		1-11 じょくそう	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. ない	2. ある
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要		
1-6 両足での立位保持		1-12 えん下	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	

2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

2-1 食事		2-9 電話等の利用	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-2 口腔清潔		2-10 日常の意思決定	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-3 入浴		2-11 危険の認識	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-4 排尿		2-12 調理	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-5 排便		2-13 掃除	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-6 健康・栄養管理		2-14 洗濯	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-7 薬の管理		2-15 買い物	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-8 金銭の管理		2-16 交通手段の利用	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	

※本日お渡しした認定調査の結果(項目のチェック)については、障がい支援区分認定審査会の審査により変更
 場合があります。

4 1 1 0 4

(調査機関用)

調査日 年 月 日

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定調査票

大阪市

1. 移動や動作等に関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

1-1 寝返り		1-7 片足での立位保持	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
1-2 起き上がり		1-8 歩行	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
1-3 座位保持		1-9 移動	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
1-4 移乗		1-10 衣服の着脱	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
1-5 立ち上がり		1-11 じょくそう	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. ない	2. ある
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要		
1-6 両足での立位保持		1-12 えん下	
1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要
3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	

2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

2-1 食事		2-9 電話等の利用	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-2 口腔清潔		2-10 日常の意思決定	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-3 入浴		2-11 危険の認識	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-4 排尿		2-12 調理	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-5 排便		2-13 掃除	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-6 健康・栄養管理		2-14 洗濯	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-7 薬の管理		2-15 買い物	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	
2-8 金銭の管理		2-16 交通手段の利用	
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要
3. 全面的な支援が必要		3. 全面的な支援が必要	

※本日お渡しした認定調査の結果(項目のチェック)については、障がい支援区分認定審査会の審査により変更
 場合があります。

(本人用)

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. 意思疎通等に関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

3-1 視力		
1. 日常生活に支障がない	2. 約1m離れた視力確認表の図が見える	3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える
4. ほとんど見えていない	5. 全く見えない	6. 見えているのか判断不能
3-2 聴力		
1. 日常生活に支障がない	2. 普通の声がやっと聞き取れる	3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる
4. ほとんど聞こえない	5. 全く聞こえない	6. 聞こえているのか判断不能
3-3 コミュニケーション		
1. 日常生活に支障がない	2. 特定の者であればコミュニケーションできる	3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる
4. 独自の方法でコミュニケーションできる		5. コミュニケーションできない
3-4 説明の理解		
1. 理解できる	2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない
3-5 読み書き		
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要
3-6 感覚過敏・感覚鈍麻		
1. ない	2. ある	

4. 行動障がいに関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

4-1 被害的・拒否的		4-10 落ち着きがない	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-2 作話		4-11 外出して戻れない	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-3 感情が不安定		4-12 1人で出たがる	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-4 昼夜逆転		4-13 収集癖	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-5 暴言暴行		4-14 物や衣類を壊す	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-6 同じ話をする		4-15 不潔行為	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-7 大声・奇声を出す		4-16 異食行動	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-8 支援の拒否		4-17 ひどい物忘れ	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-9 徘徊		4-18 こだわり	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要

※本日お渡しした認定調査の結果(項目のチェック)については、障がい支援区分認定審査会の審査により変更
 場合があります。(大阪市用)

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. 意思疎通等に関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

3-1 視力		
1. 日常生活に支障がない 4. ほとんど見えていない	2. 約1m離れた視力確認表の図が見える 5. 全く見えない	3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える 6. 見えているのか判断不能
3-2 聴力		
1. 日常生活に支障がない 4. ほとんど聞こえない	2. 普通の声がやっと聞き取れる 5. 全く聞こえない	3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる 6. 聞こえているのか判断不能
3-3 コミュニケーション		
1. 日常生活に支障がない 4. 独自の方法でコミュニケーションできる	2. 特定の者であればコミュニケーションできる	3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる 5. コミュニケーションできない
3-4 説明の理解		
1. 理解できる	2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない
3-5 読み書き		
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要
3-6 感覚過敏・感覚鈍麻		
1. ない	2. ある	

4. 行動障がいに関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

4-1 被害的・拒否的		4-10 落ち着きがない	
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-2 作話		4-11 外出して戻れない	
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-3 感情が不安定		4-12 1人で出たがる	
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-4 昼夜逆転		4-13 収集癖	
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-5 暴言暴行		4-14 物や衣類を壊す	
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-6 同じ話をする		4-15 不潔行為	
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-7 大声・奇声を出す		4-16 異食行動	
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-8 支援の拒否		4-17 ひどい物忘れ	
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-9 徘徊		4-18 こだわり	
1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

(調査機関用)

※本日お渡した認定調査の結果(項目のチェック)については、障がい支援区分認定審査会の審査により変更する場合があります。

4 1 1 0 5

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. 意思疎通等に関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

3-1 視力		
1. 日常生活に支障がない	2. 約1m離れた視力確認表の図が見える	3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える
4. ほとんど見えていない	5. 全く見えない	6. 見えているのか判断不能
3-2 聴力		
1. 日常生活に支障がない	2. 普通の声がやっと聞き取れる	3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる
4. ほとんど聞こえない	5. 全く聞こえない	6. 聞こえているのか判断不能
3-3 コミュニケーション		
1. 日常生活に支障がない	2. 特定の者であればコミュニケーションできる	3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる
4. 独自の方法でコミュニケーションできる		5. コミュニケーションできない
3-4 説明の理解		
1. 理解できる	2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない
3-5 読み書き		
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要
3-6 感覚過敏・感覚鈍麻		
1. ない	2. ある	

4. 行動障がいに関連する項目（該当する番号を太枠内に記載してください）

4-1 被害的・拒否的		4-10 落ち着きがない	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-2 作話		4-11 外出して戻れない	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-3 感情が不安定		4-12 1人で出たがる	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-4 昼夜逆転		4-13 収集癖	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-5 暴言暴行		4-14 物や衣類を壊す	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-6 同じ話をする		4-15 不潔行為	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-7 大声・奇声を出す		4-16 異食行動	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-8 支援の拒否		4-17 ひどい物忘れ	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-9 徘徊		4-18 こだわり	
1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	1. 支援が不要	2. まれに支援が必要
		3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要
		5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要

※本日お渡しした認定調査の結果(項目のチェック)については、障がい支援区分認定審査会の審査により変更
 場合があります。

(本人用)

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4-19 多動・行動停止	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-27 反復的行動	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-20 不安定な行動	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-28 対人面の不安緊張	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-21 自らを傷つける行為	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-29 意欲が乏しい	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-22 他人を傷つける行為	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-30 話がまとまらない	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-23 不適切な行為	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-31 集中力が続かない	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-24 突発的な行動	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-32 自己の過大評価	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-25 過食・反すう等	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-33 集団への不適応	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-26 そううつ状態	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-34 多飲水・過飲水	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要

5. 特別な医療に関連する項目 (該当する番号を太枠内に記載してください)

5-1 点滴の管理	1. ない 2. ある	5-7 気管切開の処置	1. ない 2. ある
5-2 中心静脈栄養	1. ない 2. ある	5-8 疼痛の看護	1. ない 2. ある
5-3 透析	1. ない 2. ある	5-9 経管栄養	1. ない 2. ある
5-4 ストーマの処置(人工肛門の処置)	1. ない 2. ある	5-10 モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等)	1. ない 2. ある
5-5 酸素療法	1. ない 2. ある	5-11 じょくそうの処置	1. ない 2. ある
5-6 レスピレーター(人工呼吸器)	1. ない 2. ある	5-12 カテーテル	1. ない 2. ある

※本日お渡しした認定調査の結果(項目のチェック)については、障がい支援区分認定審査会の審査により変更
 場合があります。

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4-19 多動・行動停止	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-27 反復的行動	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-20 不安定な行動	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-28 対人面の不安緊張	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-21 自らを傷つける行為	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-29 意欲が乏しい	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-22 他人を傷つける行為	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-30 話がまとまらない	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-23 不適切な行為	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-31 集中力が続かない	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-24 突発的な行動	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-32 自己の過大評価	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-25 過食・反すう等	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-33 集団への不適応	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要
4-26 そううつ状態	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	4-34 多飲水・過飲水	1. 支援が不要 2. まれに支援が必要 3. 月に1回以上の支援が必要 4. 週に1回以上の支援が必要 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要

5. 特別な医療に関連する項目 (該当する番号を太枠内に記載してください)

5-1 点滴の管理	1. ない 2. ある	5-7 気管切開の処置	1. ない 2. ある
5-2 中心静脈栄養	1. ない 2. ある	5-8 疼痛の看護	1. ない 2. ある
5-3 透析	1. ない 2. ある	5-9 経管栄養	1. ない 2. ある
5-4 ストーマの処置(人工肛門の処置)	1. ない 2. ある	5-10 モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等)	1. ない 2. ある
5-5 酸素療法	1. ない 2. ある	5-11 じょくそうの処置	1. ない 2. ある
5-6 レスピレーター(人工呼吸器)	1. ない 2. ある	5-12 カテーテル	1. ない 2. ある

※本日お渡しした認定調査の結果(項目のチェック)については、障がい支援区分認定審査会の審査により変更
 場合があります。

(本人用)

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

()
()
()
()
()
()
()
()
()
()
()
()

5. 特別な医療に関連する項目についての特記事項

5-1 点滴の管理	5-2 中心静脈栄養	5-3 透析	5-4 ストーマの処置	5-5 酸素療法
5-6 レスピレーター	5-7 気管切開の処置	5-8 疼痛の看護	5-9 経管栄養	5-10 モニター測定
5-11 じょくそうの処置	5-12 カテーテル			

()
()
()
()
()
()
()
()
()

6. その他、認定調査時に確認できた特記事項

認定調査時において、認定調査の各項目に該当しない内容等について、支援の度合等を勘案する上で必要な内容について、必要に応じて記載してください。

※ 麻痺・関節の可動域等に関する状況により、生活上支障をきたし、支援の度合いを勘案する上で必要な情報等についても記載してください。

受給者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

()
()
()
()
()
()
()
()
()
()
()
()

5. 特別な医療に関連する項目についての特記事項

5-1 点滴の管理	5-2 中心静脈栄養	5-3 透析	5-4 ストーマの処置	5-5 酸素療法
5-6 レスピレーター	5-7 気管切開の処置	5-8 疼痛の看護	5-9 経管栄養	5-10 モニター測定
5-11 じょくそうの処置	5-12 カテーテル			

()
()
()
()
()
()
()
()
()

6. その他、認定調査時に確認できた特記事項

認定調査時において、認定調査の各項目に該当しない内容等について、支援の度合等を勘案する上で必要な内容について、必要に応じて記載してください。

※ 麻痺・関節の可動域等に関する状況により、生活上支障をきたし、支援の度合いを勘案する上で必要な情報等についても記載してください。