

相談支援専門員の方へご連絡していただき、ご相談のうえ記入をお願いします。

氏名 ()

行動障害の内容	1 点	3 点	5 点
ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	週に 1 回以上	1 日に 1 回以上	1 日中
ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	月に 1 回以上	週に 1 回以上	1 日に頻回
激しいこだわり	週に 1 回以上	1 日に 1 回以上	1 日に頻回
激しい器物損壊	月に 1 回以上	週に 1 回以上	1 日に頻回
睡眠障害	月に 1 回以上	週に 1 回以上	ほぼ毎日
食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	週に 1 回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
排泄に関する強度の障害	月に 1 回以上	週に 1 回以上	ほぼ毎日
著しい多動	月に 1 回以上	週に 1 回以上	ほぼ毎日
通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	ほぼ毎日	1 日中	絶えず
沈静化が困難なパニック			あり
他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為			あり

基準点：20 点