**強度行動障害に関するチェックリスト**

記入日：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 対象者の生年月日 | 年　　月　　日 |
| 記入者氏名 |  | 対象者との関係性 |  |

行動障害がみられる頻度をそれぞれ当てはまる箇所に丸をして下さい。（太枠内のみ記入して下さい）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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、傷つけたりするなどの行為 | 週1回以上 | 1日1回以上 | 1日中 |
| ひどく叩いたり蹴ったりするなどの行為 | 月1回以上 | 週1回以上 | 1日に頻回 |
| 激しいこだわり | 週1回以上 | 1日1回以上 | 1日に頻回 |
| 激しい器物破損 | 月1回以上 | 週1回以上 | 1日に頻回 |
| 睡眠障害 | 月1回以上 | 週1回以上 | ほぼ毎日 |
| 食べられないものを口に入れる、過食、  反すうなどの食事に関する行為 | 週1回以上 | ほぼ毎日 | ほぼ毎食 |
| 排泄に関する強度の障害 | 月1回以上 | 週1回以上 | ほぼ毎日 |
| 激しい他動 | 月1回以上 | 週1回以上 | ほぼ毎日 |
| 通常と違う声をあげる、大声を出すなどの行動 | ほぼ毎日 | 1日中 | 絶えず |
| 沈静化が困難なパニック | ー | ー | あり |
| 他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為 | ー | ー | あり |
| 合計 |  | | |
| 確認職員名 |  | | |

コメント欄（気になることがあれば記入して下さい）