|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な |  |
| 本　人　氏　名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月曜 | 火曜 | 水曜 | 木曜 | 金曜 |  | 土曜 |
| 午　前 |  |  |  |  |  |  |  |
| 午　後 |  |  | ※都合の良い日が土曜のみの場合、訪問日の調整等に時間を要する場合があります。 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科 | * 整形外科　　□ 精神科　　□ 内科　　□ 眼科　　□ 耳鼻咽喉科　　□ その他（　　　　　　　　）
 |
| 最近の受診状況 | * 受診している　　最近の受診　（　令和　　　年　　　　月頃）
* 最近は受診していない
 |

障がい福祉サービスの利用のための　　**訪問調査・サービス利用意向聴取にあたって**

* 調査・聞き取りを迅速・正確にするために必要な事項ですので、記入についてご協力をお願いします。
* 申請書に添えて提出してください。

病院や施設の名称

電話番号

住所

**１　訪問に際しては、どちらに伺えばよろしいですか**

□　自宅　（　申請書に記載している住所　）

□　自宅以外

※自宅以外の場合は住所を必ず記入してください。

氏名：

本人との関係：　□同居の親族　□別居の親族　□施設職員　□施設以外のサービス事業者

□　本人以外

**２　訪問の日程調整はどなたとすればよろしいですか**

□　本人

昼間につながる連絡先：

□　はい

□　いいえ

**３　訪問日について、都合の悪い日・時間帯はありますか**

都合の**悪い曜日・時間帯に×を**つけてください

⑤ 精神障がい者通院医療費公費負担を受けている　　定期通院（ Ａ．月・年　　　回通院している　　Ｂ．していない）

④ 精神障がい者保健福祉手帳（ １・２・３ 級）

**４　障がい者手帳などをお持ちの方は該当する番号・記号に〇をしてください**

① 身体障がい者手帳の等級・種類（　　　　級／　視覚障がい・聴覚障がい・肢体不自由・内部障がい・その他）

② 療育手帳（ A・B1・B2 ） 　　　　　③ 認定カードを持っている

⑥ 特定医療費（指定難病）受給者証を持っている（受給者番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**５　主治医についてご記入ください（障がいに関する意見書作成が可能な医師）**

**裏面にも記載項目がありますので必ず確認してください**

□　手話通訳を希望

□　盲ろう者向け通訳介助を希望

① 家族　（氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係：　　　　　　　　　　　　　　）

② 家族以外　（氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係：　　　　　　　　　　　　　　）

**６　調査の当日の同席者について**

□　いる

□　いない（※）

（※）同席していただける方がおらず、一人で調査・聞き取りを受けることが不安な方には、地域の相談機関の職員に調査に立ち会ってもらうことができます。希望される場合は、次の質問でチェックをしてください。

□　希望する

□　希望しない

□　一人での調査に不安があるひとり暮らしなどの方で相談機関職員の同席を希望

【　大阪市からの派遣の希望　】

【　同席者　】

★正確な調査のために、ご本人のことをよく知っている方に同席して

　いただきたいと考えています。（必ず同席が必要ということではありません。）

「訪問調査・サービス利用意向聴取にあたって」の記入について

障がい福祉サービスの支給申請をされますと、障がい支援区分認定のため、調査員がご自宅に訪問いたします。

また、障がい支援区分の認定後、今後のサービスの利用について再度ご相談にお伺いすることがあります。

この用紙は、これらの訪問の際の日程調整などを円滑に行うために必要となりますので、記入にご協力ください。

訪問調査・サービス利用意向聴取を受けられる方／同席いただける方へ

* 調査員は、「調査員証」を携行しています。ご訪問の際に提示しますのでご確認ください。
* 調査・聞き取りを実施する場所は、必ずしも自宅でなければならないということはありません。ご本人の日頃の状況を把握できる場所で行います。
* 訪問調査の質問項目の中には、ご本人が失礼だと感じたり、不快感を持たれるおそれのある内容のものも含まれていますが、質問項目は全国一律となっており、変更したりすることはできません。
こうしたことからも、できる限りご本人の日頃の状況をよく知っておられる方に同席していただき、直接ご本人にお伺いしにくい項目などについてご協力をいただきたいと考えております。
* 調査は通常１時間前後で終了しますが、まれに長時間に及ぶ場合もあります。
２時間を超える調査は行わないこととしておりますのでご了承ください。
（２時間で調査が完了しない場合には、日を改めて調査の続きを行わせていただきます。）

□　外国語通訳を希望　（　通訳する言語：　　　　　　　　　　　　　語　）

**７　その他、訪問に際して事前に伝えておきたいこと（あなたの症状や注意してほしいこと等）があれば記載**

**してください（自由記載）**

（例）自宅で人工呼吸器を使用している。　頻繁にてんかん発作がある。

　　　初対面の人と話をするときに極度に緊張する。　不安が強まることで混乱しやすい。　など

「訪問調査・サービス利用意向聴取にあたって」の記入について

障がい福祉サービスの支給申請をされますと、障がい支援区分認定のため、調査員がご自宅に訪問いたします。

また、障がい支援区分の認定後、今後のサービスの利用について再度ご相談にお伺いすることがあります。

この用紙は、これらの訪問の際の日程調整などを円滑に行うために必要となりますので、記入にご協力ください。

訪問調査・サービス利用意向聴取を受けられる方／同席いただける方へ

* 調査員は、「調査員証」を携行しています。ご訪問の際に提示しますのでご確認ください。
* 調査・聞き取りを実施する場所は、必ずしも自宅でなければならないということはありません。ご本人の日頃の状況を把握できる場所で行います。
* 訪問調査の質問項目の中には、ご本人が失礼だと感じたり、不快感を持たれるおそれのある内容のものも含まれていますが、質問項目は全国一律となっており、変更したりすることはできません。
こうしたことからも、できる限りご本人の日頃の状況をよく知っておられる方に同席していただき、直接ご本人にお伺いしにくい項目などについてご協力をいただきたいと考えております。
* 調査は通常１時間前後で終了しますが、まれに長時間に及ぶ場合もあります。
２時間を超える調査は行わないこととしておりますのでご了承ください。
（２時間で調査が完了しない場合には、日を改めて調査の続きを行わせていただきます。）