

申請者番号

1	0	0	0	0					
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

記入日 令和 年 月 日

申請者氏名 _____

生年月日 S・H・R 年 月 日

(電話番号 - -)

記入者 本人 ・ 本人以外

⇒ 氏名 _____ 関係 _____ 電話番号 _____ - _____ - _____

申請者本人のご状況について教えてください。

1. 現在、仕事(一般就労やパート・アルバイト)をしていますか。	はい ・ いいえ ※「はい」と回答した方は質問5へ。
2. これまでに仕事(一般就労やパート・アルバイト)の経験がありますか。	はい ・ いいえ
3. 最近1年間に仕事(一般就労やパート・アルバイト)をしていましたか。	はい ・ いいえ
4. 最近1年間に体調不良等で仕事(一般就労やパート・アルバイト)を続けられなかったことがありましたか。	はい ・ いいえ
5. 最近2年間に病院に入院することがありましたか。	はい (年 月ごろ) ・ いいえ
6. 普段から病院に定期通院していますか。	はい ・ いいえ
⇒「はい」と回答した方は定期通院している診療科に○をつけてください。	
内科 ・ 精神科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 脳神経外科 ・ 皮膚科 ・ 泌尿器科 ・ 婦人科 ・ 眼科 耳鼻咽喉科 ・ リハビリテーション科 ・ 歯科 ・ その他()	
7. 現在のお住まいについて当てはまるものに○をつけてください。	
一人暮らし ・ 家族や知人と同居 ・ 病院 ・ その他()	
8. 普段の生活を支援してくれる人がいますか。	はい ・ いいえ
⇒「はい」と回答した方は当てはまるものに○をつけてください。	
家族 ・ 知人 ・ 相談支援専門員 ・ 事業所職員 ・ 病院職員 ・ その他()	
9. 一人で支援なく歩くことができますか。	はい ・ いいえ
10. 一人で支援なく外出することができますか。	はい ・ いいえ
11. 困った時は自分から周りの人に助けを求めることができますか。	はい ・ いいえ
12. 一人でできず、支援をうけている、または支援が必要なものに○をつけてください。	
着替え ・ 食事 ・ 排せつ(トイレ) ・ 入浴 ・ 薬の管理 ・ お金の管理 ・ 調理 ・ 掃除 洗濯 ・ バスや電車の利用	
13. 普段の生活で困ることがあれば、○をつけてください。	
物や文字が見えづらい ・ 音や声が聞こえづらい ・ 家族や友人、支援者とのコミュニケーション 文章の読み書き ・ 感覚の過敏さ(光、におい、痛みを過剰に感じる、音が過剰に聞こえるなど)	
14. 最近1か月間に次の中で当てはまるものがあれば、○をつけてください。	
イライラ ・ 怒る ・ 泣く ・ 気分の落ち込み ・ 大声を出す ・ 気持ちが落ち着かない ・ 不安が強い ・ 食べ過ぎる 自分を傷つける行為 ・ 他人を傷つける行為 ・ 対人への不安や緊張が強い ・ 集団の場に入ることが難しい	

※長崎市記入欄※

身体手帳 () 級 (視覚障害 ・ 聴覚障害 ・ 肢体不自由 ・ 内部障害 ・ その他())

療育手帳 () 精神手帳 () 級 生活保護 (有 ・ 無)