

## 質 問 票 ①

この質問票は、障害福祉サービス等の更新申請にあわせて、サービスを利用している方(ご本人)の現在の生活状況等を把握し、必要なサービス等を検討する際の参考とするために実施するものですので、ご協力をお願いします。

記入日：令和 年 月 日

・ この調査票を記入する方（該当する番号に○をしてください。）

1 ご本人

2 その他（氏名： (ご本人との関係： )）

・ この調査票についての日中連絡先電話番号：（ - - ）

(1) サービスを利用している方(ご本人)のお名前と年齢を記入してください。

氏名 ( 才)

(2) 18才以下の方におうかがいします。(19才以上の方は(3)へ。)

① 身長と体重を教えてください。

身長： cm 体重： kg

② 身体で不自由な部分がありますか。(該当する番号に○をしてください。)

1 ある。(具体的に： ) 2 ない。

(3) ご本人の健康状態を教えてください。(該当する番号に○をしてください。)

1 概ね健康である。

2 定期的に通院している。(主な通院先及び通院状況について記入してください。)

医療機関名称：

通院状況： 回 (記載例：1回/月)

(4) ご本人が生活している場所について教えてください。(該当する番号に○をしてください。)

1 自宅で生活している。

2 グループホームで生活している。(住居名称： )

3 入院している。(入院先名称： )

4 施設へ入所している。(入所先名称： )

5 その他。(生活場所の状況： )

(5) ご本人の日中の主な過ごし方について教えてください。(該当する番号に○をしてください。)

1 通学等している。

(保育所や幼稚園、小・中・高等学校及び特別支援学校等への通学等の状況について記載してください。)

通学先名称： 学年： 学級名称：

2 その他（該当する番号に○をしてください。)

① 障害福祉サービス等の事業所 ② 職場(働いている) ③ 自宅 ④ その他

裏面へ進んでください。

(6) ご本人と一緒に生活している家族等がいらっしゃいますか。(該当する番号に○をしてください。)

- 1 いる。( 名/家族構成: (記載例: 3名/家族構成: 父,母,妹) )
- 2 いない。( (8)へ。 )

(7) ご本人を主に支援している家族等について二人まで記入してください。

氏名:	氏名:
ご本人との続柄:                      年齢:                      才	ご本人との続柄:                      年齢:                      才
健康状態(該当する番号に○) 1 概ね健康である。 2 定期通院している。 3 入退院を繰り返している。 4 入院している。	健康状態(該当する番号に○) 1 概ね健康である。 2 定期通院している。 3 入退院を繰り返している。 4 入院している。
生活状況(該当する番号に○) 1 就職はしておらず、主に自宅で過ごしている。 2 就職している。 仕事で不在になる時間帯 ( : ~ : ) 休日 (土・日・祝日・不定休) ←該当に○	生活状況(該当する番号に○) 1 就職はしておらず、主に自宅で過ごしている。 2 就職している。 仕事で不在になる時間帯 ( : ~ : ) 休日 (土・日・祝日・不定休) ←該当に○

(8) ご本人の生活習慣の状況について教えてください。

- ① 朝は何時に起きて、夜は何時に寝ますか。(記載例: 起床:7時頃/就寝:21時~23時頃 )  
起床:                      時頃 / 就寝:                      時頃
- ② 食事をとるのは何時ですか。  
朝食:                      時頃 / 昼食:                      時頃 / 夕食:                      時頃
- ③ お風呂は週に何回、何時頃に入りますか。  
回数:                      回/週 / 時刻:                      時頃

(9) 18才以下の通所支援を利用している方におうかがいします。

(利用していない方, 19才以上の方は(11)へ。)

引き続き通所支援が必要と感じられるご本人の課題等があれば教えてください。

(通所支援とは、児童発達支援(医療型を含む)や放課後等デイサービス、保育所等訪問支援をいいます。)

コミュニケーション(視覚や聴覚、構音、発語や会話など)や、日常生活や社会生活を送る上で必要な説明などについての理解力、保育所や幼稚園、学校など集団生活を送る上での課題など、その他日常生活や社会生活を送る上でのあらゆる課題等。

続いて質問票②を記入してください。

## 質 問 票 ②

質問票①の続きです。引き続きご記入をお願いします。

**(10) 支給決定を受けているサービスは希望どおり利用できていますか。**

(サービスとは障害福祉サービスや通所支援, 移動支援や日中一時支援, 訪問入浴や地域活動支援センターをいいます。)

- 1 概ね, 希望どおり利用できている。
- 2 希望どおり利用できていない。

利用できないサービスと, 利用できない事情等について, 具体的に記入してください。

**(11) 障害児相談支援・計画相談支援の利用状況等について教えてください。**

- ① 現在, 利用契約している相談支援事業所等を教えてください。

相 談 支 援 事 業 所 名 称	担 当 相 談 支 援 専 門 員 氏 名

- ② 相談支援専門員は定期的に自宅を訪問し, ご本人と面談する必要があります。  
直近の面談実施状況について教えてください。

面 談 実 施 年 月	面 談 実 施 場 所 (い ず れ か を ○)
年 月 頃	自宅 ・ その他 (場所: )

- ③ 相談支援を利用してみて, お気づきの点やご意見等ございましたら, 記入してください。

裏面へ進んでください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ご意見等ございましたら、記入してください。今後の業務の参考にさせていただきます。

**【お 願 い】**

次のいずれかに該当する利用者様は、同封しております「簡易調査票」も記入してください。

- ① 通所受給者証が交付されている方
- ② 障害支援区分の認定がない方で、同行援護、移動支援又は日中一時支援の決定を受けている方