

横浜市多機能型拠点こまち 利用希望申込書

| | | | | | | |
|--------------|----------|--|----------|--------------|-------------------|---------|
| 記入日 | 西暦 年 月 日 | 記入者(続柄) | () | | | |
| フリガナ氏名 | | 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 年齢性別 | 歳 男・女 | |
| 住所 | 〒 - | | | 連絡先 | () | |
| 学校名 | | 通学・訪問 | 日/週 | 等級 | 種 級 | |
| 卒業校名 | | | | 身体障害者手帳(有・無) | 障害名 | |
| 医療ケア | 有・無 | <input type="checkbox"/> 経管栄養() <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他() | | 愛の手帳(有・無) | A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 | |
| 障害福祉サービス受給者証 | 有・無 | 障害児通所受給者証 | 有・無 | 重症心身障害児 | 有・無 | 療養介護対象者 |
| | | | 有・無 | | | 有・無 |
| フリガナ氏名 | | 続柄 | | 連絡先 | () | |
| フリガナ氏名 | | 続柄 | | 連絡先 | () | |

1. 現在、ご利用のサービス種別を☑でお答え下さい。(複数回答可)

| | |
|--------|---|
| サービス種別 | <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 訪問診療・訪問看護 <input type="checkbox"/> 相談支援事業 <input type="checkbox"/> 生活介護事業 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス事業 |
| | <input type="checkbox"/> 居宅介護事業 [<input type="checkbox"/> 身体介助 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護] <input type="checkbox"/> 有償移送サービス |
| | <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業 <input type="checkbox"/> 短期入所事業 [<input type="checkbox"/> 医療型特定短期入所(日帰り利用) <input type="checkbox"/> 福祉型短期入所] |
| | <input type="checkbox"/> その他 () |

2. 多機能型拠点において、ご利用希望のサービス種別を☑でお答え下さい。(複数回答可)

| | |
|--------|---|
| サービス種別 | <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問診療・訪問看護 <input type="checkbox"/> 相談支援事業 <input type="checkbox"/> 生活介護事業 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス事業 |
| | <input type="checkbox"/> 居宅介護事業 [<input type="checkbox"/> 身体介助 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護] <input type="checkbox"/> 有償移送サービス |
| | <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業 <input type="checkbox"/> 短期入所事業 [<input type="checkbox"/> 医療型特定短期入所(日帰り利用) <input type="checkbox"/> 福祉型短期入所] |
| | <input type="checkbox"/> その他 () |

3. 上記サービスをご希望される理由としてお考えに近いものを☑でお答え下さい。(複数回答可)

| | |
|----|---|
| 理由 | <input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> より身近な医療機関がほしい <input type="checkbox"/> 定期的な健診を受けたい |
| | <input type="checkbox"/> 日常の健康管理や体調不良時の検査を受けたい <input type="checkbox"/> 自宅におけるケアの充実 |
| | <input type="checkbox"/> 自宅における家族のケアの負担軽減(レスパイト) <input type="checkbox"/> 通院時の付添い |
| | <input type="checkbox"/> 身近な相談者がほしい <input type="checkbox"/> 専門的な助言がほしい <input type="checkbox"/> 外出・余暇支援の充実 |
| | <input type="checkbox"/> 卒業後の進路先として <input type="checkbox"/> 社会経験を積みたい <input type="checkbox"/> 色々な人と関わる機会を増やしたい |
| | <input type="checkbox"/> 学校の友人が通っている <input type="checkbox"/> リハビリ訓練を受けたい <input type="checkbox"/> 家庭での入浴が難しい |
| | <input type="checkbox"/> 送迎対応が難しい <input type="checkbox"/> 緊急時の受入れ先として <input type="checkbox"/> 家族・きょうだい児の所用 <input type="checkbox"/> 家族の就労 |
| | <input type="checkbox"/> その他 () |

4.ご利用をお考えのサービス種別について、ご希望のご利用日数等についてお答え下さい。

| | | | | | | |
|--------------------------|----|-----|----|--|-----|--|
| 診療所（訪問診療） | 日数 | 日/週 | 曜日 | | 時間帯 | |
| 訪問看護 | 日数 | 日/週 | 曜日 | | 時間帯 | |
| 身体介助 | 日数 | 日/週 | 曜日 | | 時間帯 | |
| 家事援助 | 日数 | 日/週 | 曜日 | | 時間帯 | |
| 重度訪問介護 | 日数 | 日/週 | 曜日 | | 時間帯 | |
| 通院等介助 | 日数 | 日/週 | 曜日 | | 時間帯 | |
| 生活介護 | 日数 | 日/週 | 曜日 | | 時間帯 | |
| 放課後等デイ | 日数 | 日/週 | 曜日 | | 時間帯 | |
| 日中一時支援 （医療型） | 日数 | 日/週 | 曜日 | | 時間帯 | |
| 福祉型短期入所 | 日数 | 日/週 | 曜日 | | 時間帯 | |
| 医療型特定 短期入所 （日帰り支援） | 日数 | 日/週 | 曜日 | | 時間帯 | |

5.その他、多機能型拠点に関するご意見・ご要望等ありましたら、ご記入ください。

※ご協力ありがとうございました。

～随時募集中～

お問い合わせ先

〒246-0021 横浜市瀬谷区二ツ橋町489-45

横浜市多機能型拠点こまち

TEL 045-360-8180 Fax 045-360-8187