

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)	
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