

⑨ デイケアの見学・体験をされる方へ 来院日：20____年____月____日

ふりがな お名前		男・女
生年月日	昭・平 年 月 日 () 歳	
住所	〒	
電話	自宅： <input type="checkbox"/> 連絡可 <input type="checkbox"/> 不可 携帯電話： <input type="checkbox"/> 連絡可 <input type="checkbox"/> 不可	
メール	予約メール以外が届くことはありません	
記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外： (本人との関係：)	

お困りごとを解決するため、あなたの状況を詳しくお聞かせください。

回答が難しい場合は空欄のままでも大丈夫です。わからない項目はお尋ねください。

☕ 当院を知ったきっかけは何ですか？ をおつけください

- 他施設の紹介（施設名： _____） 紹介状あり なし
知人の紹介（ _____） （ _____）の看板を見て
ホームページ（興味を持たれた点： _____）
（ _____）で知って 通りがかり

☕ デイケア参加を考慮する理由は何ですか？

☕ 参加を考えてみたいデイケアプログラムはありますか？

- アート 認知行動療法 コミュニケーションスキル 運動・ヨガ
その他：
ひとりで取り組むもの 他人と関わるもの



👉 現在、メンタルクリニック・病院に通院していますか？

通院なし

通院中 ➡ 通院先はどこですか？

_____年_____月～

通院先：

主治医名：_____

診断名：

診断名は聞いていない

デイケアに参加することを主治医に伝えてありますか？

伝えてある

伝えてない

今後伝える

👉 現在、利用している制度があれば教えてください

自立支援：

利用している

精神障害者手帳：

持っている ➡ _____級

生活保護：

担当者：_____福祉事務所

担当者名：_____

👉 その他のご希望など、何でもお書きください

書き終わりましたら受付にお渡しください。ありがとうございました。

