プティパ参加登録書

記入日：　　　　年　　　月　　　日

記入者：

**《 基本情報 》**

※登録には通院中であることが必須です。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏名 |  |
| 性別 |  | 生年月日 | 昭和　平成　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| メールアドレス(携帯可) | ※お知らせや事務連絡などはメールで行います。かならず、プティパのメールアドレス（petitpas@seedkyoto.netpetitpas@seedkyoto.netpetitpas@seedkyoto.net）を受信できるように登録してください。セキュリティの関係でメールが届かない方がおられます。 |
| 電話番号(連絡のつくもの) |  |
| 住所 |  |
| 緊急連絡先の電話番号 | （緊急連絡先氏名：　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　　　　） |
| 通院医療機関名 |  |
| 主治医 |  |
| 担当ワーカー |  |
| 医療機関連絡先 |  |

**《 プティパ利用に際する質問事項 》**

**①プティパ利用の主な目的**

当てはまる項目に☑を入れてください。いずれも当てはまる場合は、一番目的とするものをその他へご記入ください。

□ 居場所の確保　　　　 □ 就労に向けての練習

□ 病気への理解や回復へのサポート（トークや勉強会中心）

□ その他（内容：　　　　　　**）**

**②プティパへの通所頻度**

現状で概ねどのくらいの頻度で通所したいと考えているか、あてはまる項目に☑を入れてください。

□ 週4～5回　 □ 週2〜3回　 □ 週1回　 □ 2週間に1回 □ 月1回もしくはそれ以下

**③普段の生活習慣**

普段家にいる際にしていること、生活リズムなどがあれば教えてください。

**④趣味や特技**

**⑤将来の目標**

**⑥利用中のサービス・制度**

利用中のサービスや制度で当てはまる項目すべてに☑を入れ、（　）内に詳細をご記入ください。

□ 障害者手帳（種別：　　　　等級：　　　）　 □ 障害年金（種別：　　　　等級：　　　）

□ 自立支援医療　 □ 訪問サービス（種類：　　　　　　　　　　　　　　）

□ 計画相談支援　　□ 就労継続支援（Ａ型・Ｂ型）　　□ 就労移行支援

□ 生活訓練　　□ デイケア（種別：　　　　　　　）　　□ デイサービス

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

**⑦就労歴**

就労中・就労歴があれば、どれくらいの期間、何をされていたかご記入ください。

**⑧同居の有無**

同居している方すべてに☑を入れてください。

□ 独居　　□ 父　　□ 母　　□ 祖父母　　□ 兄弟姉妹　　□ 子ども　　□ 配偶者

□ その他　（　 　　　　　　　　　　）

**⑨通所に際して注意してほしい点**

通所するにあたって、スタッフに配慮してほしい事があればご記入ください。

**⑩備考**

その他、プティパスタッフへ伝えておきたいことや要望などがありましたらご記入ください。