

緊急措置要綱に基づく調査票（精神発達調査票） 新旧対照表（令和7年8月18日改定）

改正後	改正前
<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">月1回作成</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 200px;"> 受付年月日 令和 年 月 日 受付者所属(茨城県潮来保健所) 氏名() </div> </div> <p style="text-align: center;">調査票 ① (令和 年 月分)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>対象者氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男・女</p> <p>就業等: <input type="checkbox"/>している(正規 <input type="checkbox"/>非正規) <input type="checkbox"/>していない <input type="checkbox"/>過去にしたことがある</p> <p>結婚: <input type="checkbox"/>している <input type="checkbox"/>していない 子ども: <input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>いない</p> <p>記入者氏名 _____ 対象者との続柄()</p> <p>記入日: _____ 年 月 日</p> </div> <p>この1ヶ月の状況について、以下の質問にお答え下さい。</p> <p>1 日常生活、地域や職場、施設等における状況</p> <p>1 日常の状態で最もよくあてはまるものはどれですか。</p> <p><input type="checkbox"/> ① 概ね、通常の家庭・職場・施設等の生活を維持している。</p> <p><input type="checkbox"/> ② 努力して、通常の家庭・職場・施設等の生活を維持している。</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 通常の家庭・職場・施設等の生活はできないが、身の回りのことはできる。</p> <p><input type="checkbox"/> ④ 一部又は時々、介助が必要であるが、身の回りのことはだいたいできる。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ 身の回りのことで常に介助が必要である。</p> <p>※その他何かあれば記載してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p>2 上記1について、職場や市町村の福祉課、療育・福祉施設、保健所等に相談しましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> ① 相談した</p> <p><input type="checkbox"/> ② 相談していない →5へ</p> <p>上記2で「①相談した」と回答した方は、3及び4をお答えください。</p> <p>3 どちらに相談しましたか。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> ① 福祉事務所 <input type="checkbox"/> ② 市保健センター</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 市町村の福祉課 <input type="checkbox"/> ④ 保健所</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ 療育・福祉施設 <input type="checkbox"/> ⑥ 職場の上司や同僚</p> <p><input type="checkbox"/> ⑦ その他()</p> <p>4 どなたから支援がありましたか。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> ① 福祉施設の相談員や介護職員 <input type="checkbox"/> ② 福祉課の職員</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 福祉事務所の職員やケースワーカー <input type="checkbox"/> ④ 保健師</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ 行政職員 <input type="checkbox"/> ⑥ その他()</p> <p>5 この1ヶ月で、地域や職場、福祉施設における活動に参加しましたか。 またその参加頻度はどの程度ですか。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> ① スポーツの参加 ()回</p> <p><input type="checkbox"/> ② クラブ・趣味の同好会活動 ()回</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 菜園・動物飼育などの活動 ()回</p> <p><input type="checkbox"/> ④ 旅行・キャンプなどの活動 ()回</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ その他() ()回</p> <p><input type="checkbox"/> ⑥ 特になし</p>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">月1回作成</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 200px;"> 受付年月日 令和 年 月 日 受付者所属(茨城県潮来保健所) 氏名() </div> </div> <p style="text-align: center;">調査票 ① (令和 年 月分)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>対象者氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男・女</p> <p>就業等: <input type="checkbox"/>している(正規 <input type="checkbox"/>非正規) <input type="checkbox"/>していない <input type="checkbox"/>過去にしたことがある</p> <p>結婚: <input type="checkbox"/>している <input type="checkbox"/>していない 子ども: <input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>いない</p> <p>記入者氏名 _____ 対象者との続柄()</p> <p>記入日: _____ 年 月 日</p> </div> <p>この1ヶ月の状況について、以下の質問にお答え下さい。</p> <p>1 日常生活、地域や職場、施設等における状況</p> <p>1 日常の状態で最もよくあてはまるものはどれですか。</p> <p><input type="checkbox"/> ① 概ね、通常の家庭・職場・施設等の生活を維持している。</p> <p><input type="checkbox"/> ② 努力して、通常の家庭・職場・施設等の生活を維持している。</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 通常の家庭・職場・施設等の生活はできないが、身の回りのことはできる。</p> <p><input type="checkbox"/> ④ 一部又は時々、介助が必要であるが、身の回りのことはだいたいできる。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ 身の回りのことで常に介助が必要である。</p> <p>※その他何かあれば記載してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p>2 上記1について、職場や市町村の福祉課、療育・福祉施設、保健所等に相談しましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> ① 相談した</p> <p><input type="checkbox"/> ② 相談していない →5へ</p> <p>上記2で「①相談した」と回答した方は、3及び4をお答えください。</p> <p>3 どちらに相談しましたか。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> ① 福祉事務所</p> <p><input type="checkbox"/> ② 市保健センター</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 市町村の福祉課</p> <p><input type="checkbox"/> ④ 保健所</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ 療育・福祉施設</p> <p><input type="checkbox"/> ⑥ 職場の上司や同僚</p> <p><input type="checkbox"/> ⑦ その他()</p> <p>4 どなたから支援がありましたか。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> ① 福祉施設の相談員や介護職員</p> <p><input type="checkbox"/> ② 福祉課の職員</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 福祉事務所の職員やケースワーカー</p> <p><input type="checkbox"/> ④ 保健師</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ 行政職員</p> <p><input type="checkbox"/> ⑥ その他()</p> <p>5 この1ヶ月で、地域や職場、福祉施設における活動に参加しましたか。 またその参加頻度はどの程度ですか。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> ① スポーツの参加 ()回</p> <p><input type="checkbox"/> ② クラブ・趣味の同好会活動 ()回</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 菜園・動物飼育などの活動 ()回</p> <p><input type="checkbox"/> ④ 旅行・キャンプなどの活動 ()回</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ その他() ()回</p> <p><input type="checkbox"/> ⑥ 特になし</p>

6 職場での仕事や地域福祉施設等での活動はどのくらいできていますか

- ① 自分で概ねこなしている
- ② 自分で努力してこなしている
- ③ 手助けが必要だが、こなしている
- ④ 手助けがあってもこなすことができない

7 上記の支援や活動を通じて、職場や家庭、通所施設、入所施設において困っていることが改善しましたか。

- ① 改善した
- ② 改善しなかった

※(「①改善した」と回答された方のみ)どのような課題が改善されましたか。

※(「②改善しなかった」と回答された方のみ)どのような内容になれば、課題の改善につながると感じましたか。

8 家族以外で話せる人はいますか。

- ① いる
- ② いない

上記8で「②いない」と回答された方は、9をお答えください。

9 その理由についてあてはまるものはどれですか(複数回答可)

- ① 他の人と関わろうとしない
- ② 自分の健康や生活の状況について理解してもらえない
- ③ いじめがある
- ④ その他 ()

10 家庭での生活はどのくらいできていますか

- ① 自分で概ねこなしている
- ② 自分で努力してこなしている
- ③ 手助けが必要だが、こなしている
- ④ 手助けがあってもこなすことができない

11 上記の状況について、職場や福祉施設、家庭の理解は得られていますか。

- ① 職場や福祉施設家庭の理解が得られている
- ② 職場や福祉施設、家庭の理解は得られていないが、理解してくれる人はいる。
- ③ 理解が得られていない

II 福祉サービス等の利用状況

1 現在、福祉サービスを利用していますか。

- ① 利用している
- ② 利用していない

※(「①利用している」と回答された方のみ)どのような理由から利用されていますか。

6 職場での仕事や地域福祉施設等での活動はどのくらいできていますか

- ① 自分で概ねこなしている
- ② 自分で努力してこなしている
- ③ 手助けが必要だが、こなしている
- ④ 手助けがあってもこなすことができない

7 上記の支援や活動を通じて、職場や家庭、通所施設、入所施設において困っていることが改善しましたか。

- ① 改善した
- ② 改善しなかった

※(「①改善した」と回答された方のみ)どのような課題が改善されましたか。

※(「②改善しなかった」と回答された方のみ)どのような内容になれば、課題の改善につながると感じましたか。

8 家族以外で話せる人はいますか。

- ① いる
- ② いない

上記8で「②いない」と回答された方は、9をお答えください。

9 その理由についてあてはまるものはどれですか(複数回答可)

- ① 他の人と関わろうとしない
- ② 自分の健康や生活の状況について理解してもらえない
- ③ いじめがある
- ④ その他 ()

10 家庭での生活はどのくらいできていますか

- ① 自分で概ねこなしている
- ② 自分で努力してこなしている
- ③ 手助けが必要だが、こなしている
- ④ 手助けがあってもこなすことができない

11 上記の状況について、職場や福祉施設、家庭の理解は得られていますか。

- ① 職場や福祉施設家庭の理解が得られている
- ② 職場や福祉施設、家庭の理解は得られていないが、理解してくれる人はいる。
- ③ 理解が得られていない

II 福祉サービス等の利用状況

1 現在、福祉サービスを利用していますか。

- ① 利用している
- ② 利用していない

※(「①利用している」と回答された方のみ)どのような理由から利用されていますか。

上記1で「①利用している」と回答された方は、2～3をお答えください。

2 その種類と1月の利用回数、1回当たり時間を記入して下さい。(複数回答可)

	1月当たり	1回当たり時間
<input type="checkbox"/> ① 生活訓練	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ② 言語訓練	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ③ 行動援護・外出支援	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ④ 日中一時預かり・デイサービス	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑤ 居宅介護サービス	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑥ 短期入所サービス	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑦ 相談窓口の利用	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑧ その他()	(月 回)	(時間)

3 上記2の福祉サービス利用により、目的は達成されましたか。

- ①達成した
 ②達成しなかった

上記1で「②利用していない」と回答した方は、6をお答えください。

6 その理由をお答え下さい。(複数回答可)

- ① 自分(家族)でできることは自分(家族)で解決したい
 ② どのようなサービスがあるのか分からない
 ③ 提供される福祉サービスの時間と希望するサービスの時間が合わない
 ④ 費用がかかるためサービスを受けられない
 ⑤ 福祉サービスを受けたが対応が悪く(不親切等)、以後、受けていない
 ⑥ 福祉サービスを利用する必要がない
 ⑦ 必要な福祉サービスがない
 ⑧ その他()

III 治療状況

1 現在、医師から処方されて服用されている薬(漢方を含む)はありますか。

- ① ある →医療機関名()
 ② ない

2 (上記1で「①ある」と回答した方のみ) その種類と量を記入して下さい。

または、薬局で処方薬をもらうときに受け取る書類「薬剤情報提供書」や、お薬手帳の写しなど服用されている薬が分かる書類を添付してください。

薬剤名	1日量	回数
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)

上記1で「①利用している」と回答された方は、2～3をお答えください。

2 その種類と1月の利用回数、1回当たり時間を記入して下さい。(複数回答可)

	1月当たり	1回当たり時間
<input type="checkbox"/> ① 生活訓練	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ② 言語訓練	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ③ 行動援護・外出支援	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ④ 日中一時預かり・デイサービス	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑤ 居宅介護サービス	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑥ 短期入所サービス	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑦ 相談窓口の利用	(月 回)	(時間)
<input type="checkbox"/> ⑧ その他()	(月 回)	(時間)

3 上記2の福祉サービス利用により、目的は達成されましたか。

- ①達成した
 ②達成しなかった

上記1で「②利用していない」と回答した方は、6をお答えください。

6 その理由をお答え下さい。(複数回答可)

- ① 自分(家族)でできることは自分(家族)で解決したい
 ② どのようなサービスがあるのか分からない
 ③ 提供される福祉サービスの時間と希望するサービスの時間が合わない
 ④ 費用がかかるためサービスを受けられない
 ⑤ 福祉サービスを受けたが対応が悪く(不親切等)、以後、受けていない
 ⑥ 福祉サービスを利用する必要がない
 ⑦ 必要な福祉サービスがない
 ⑧ その他()

III 治療状況

1 現在、医師から処方されて服用されている薬(漢方を含む)はありますか。

- ① ある →医療機関名()
 ② ない

2 (上記1で「①ある」と回答した方のみ) その種類と量を記入して下さい。

薬剤名	1日量	回数
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)
()	()	(回/日)