

取得相談用チェックシート

(精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療精神通院費助成)



NGO Umbilical Cord

【1.基本情報】

- 氏名/生年月日：
■特性・障害の診断名：

【2.手帳取得の目的・背景】

- 1.精神障害者保健福祉手帳の申請を希望しています。
■ 2.以下のような理由・必要性があります（該当するものに☑）
- ☐ 学校生活や日常生活における配慮が必要なため。
 - ☐ 将来的な福祉サービス（就労・支援）の利用を見据えて。
 - ☐ 自立支援医療（精神通院医療費助成）の同時申請を希望。
 - ☐ 家庭や学習面での支援を受けやすくするため。
 - ☐ その他：

【3.現在の生活の困難さ】

☑が多いほど、生活への影響があることを示します。該当するものすべてに☑を入れてください。

「学校生活における困難」

- ☐ 集団行動が苦手。
- ☐ 教室に入れない／不登校傾向がある。
- ☐ 授業中に座ってられない／集中できない。
- ☐ 友達とのトラブルが頻繁にある。
- ☐ 学習理解や課題への取り組みが難しい。
- ☐ 急な予定変更に対応できない。

「家庭生活における困難」

- ☐ 日常の身支度や生活習慣が一人でできない。
- ☐ 感情のコントロールが難しい／癇癪がある。
- ☐ 睡眠・食事に強いこだわりや偏りがある。
- ☐ 親の支援がないとスケジュール管理ができない。

【4.医師にお願いしたいこと】

- ☐ 精神障害者保健福祉手帳用の診断書作成(手帳申請の為)をお願いしたいです。
- ☐ 医師からの記載内容が、本人の特性や困りごとを反映するよう配慮いただけますと幸いです。
- ☐ 作成までにかかるおおよその期間（おおよそ_____日）をご教示いただけると助かります。

【5.備考・伝えておきたいこと】（自由記入）

→

🌻 ご対応へのお願い

お忙しいところ恐れ入りますが、本人の将来や生活支援のために手帳の取得が必要と考えております。
ご協力を何卒よろしくお願いいたします。