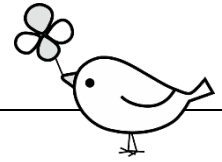


【精神障がい者ピアサポーター活動希望アンケート】

アンケートへのご協力をお願いいたします。ご提出いただいた場合、活動依頼を行う際の参考といたしますので、県の機関（県庁 障がい福祉課、精神保健福祉センター、保健福祉事務所）、県が事業委託する事業所、あなたが所属する協力事業所と共有させていただきます。

※提出は任意です。また、記載可能な箇所のみでも大丈夫です。



氏名			
病名		通院 医療機関	
入院した経験の有無	※どちらかに○をつけてください。 無・有→有りの方は下を記入 最も長い入院期間 ____年__ヶ月	就労の有無	※どちらかに○をつけてください。 無・有→有りの方は下を記入 週 ____日
あなたの利用中のサービス	※あてはまる番号すべてに○をつけ、()内に記入してください。 1 デイケア（事業所名： _____） 2 就労継続A又はB（事業所名： _____） 3 地域活動支援センター（事業所名： _____） 4 訪問看護、ヘルパー 5 グループホーム 6 その他（ _____）		あなたの特技資格趣味 ※特技・資格・趣味があれば記入してください。
これまで参加したピア活動			
参加したい活動内容	※あてはまる番号すべてに○をつけ、必要時()内に記入してください。 1 当事者の方や家族、関係者の前で体験談を発表してみたい。 2 精神科病院のデイケアやイベントにピアサポーターとして参加し、長期に入院している患者さんと交流したい。 3 ピアサポーターについて、広める活動をしたい。 4 ピアサポーター同士で交流したい。		

	<p>5 住みやすい地域づくりについて、行政や関係機関と協議したい。</p> <p>6 他の精神障がい者の方と個別にお話しし、困ったことなど相談にのりたい。</p> <p>7 サロンなど、グループ活動の企画や運営に協力したい。</p> <p>8 関係機関とともに、訪問支援を行いたい。</p> <p>9 その他（）</p>
活動の形態	<p>※あてはまる番号一つに○をつけてください。</p> <p>1 給料（謝金）をもらって仕事として活動したい。</p> <p>2 ボランティア(無給)で活動したい。</p> <p>3 給料（謝金）をもらう活動でも、ボランティアでも、どちらでもいいので、活動したい。</p>
可能な活動日数	<p>※<u>下線部分</u>に記入にしてください。</p> <p>活動可能な日数：1 ヶ月に_____日程度まで</p>
活動可能な場所	<p>※あてはまる番号一つに○をつけてください。</p> <p>1 自分の住んでいる市町村内</p> <p>2 自分の住んでいる市町村以外</p> <p>3 県内どこでも可能</p> <p>4 その他あなたの希望する地域があれば（）内に記載してください（）</p>
活動時の主たる交通手段	<p>※あてはまる番号一つに○をつけてください。</p> <p>1 バスや電車</p> <p>2 自動車</p> <p>3 その他（）</p>
その他希望事項	