

高次脳機能障がい者通所教室申込書 記入例

令和 年 月 日

宮崎県身体障害者相談センター所長 殿

高次脳機能障がい者通所教室の利用を申し込みます。

□下記の内容を通所教室支援者に提供することに同意します。(同意する場合は☑を御記入ください。)

御本人様	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	氏名				
	住所	〒 (郵便物が届くようアパート名や部屋番号などもご記入ください)			
	連絡先	電話 (連絡が付きやすい番号をご記入ください)	FAX		
病歴	脳損傷発生日月日: 年 月 日		初診医療機関: (脳損傷で最初に診療を受けた医療機関名をご記入ください)		
	診断名: (医師が発行した診断書や診療計画書などを参考にご記入ください)		主治医意見書 (<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無) (必要な書類です。有無をご確認ください)		
	経過 (わかる範囲でご記入ください)				
	現在通院している病院 (<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無) 病院名: (脳損傷で通院中の医療機関名をご記入ください) 目的: (○のリハビリ、薬の処方、検査(CT等)など通院している理由をご記入ください)				
	精神障害者保健福祉手帳	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	(等級: (2級) 認定診断名: (手帳に記載の診断名又はF○の記号をご記入ください))		
	脳損傷と異なる疾患 (<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無) (複数ある場合は①うつ、②てんかん、③過換気症候群、④高血圧、⑤がんなどと番号を付してご記入ください。てんかん、過換気症候群がある場合、通所教室でも注意を要しますので必ずご記入ください) 通院中の病院名: (上記の例の場合、①②③○病院、④○病院、⑤○病院などと記入します) 目的: (通院の理由を通院先別にご記入ください) 服薬等治療状況: (服用中の薬がわかればご記入ください。治療状況は安定しているとか、○の状況が良くないなどご記入ください)				
	現在利用している福祉サービス (有 ・ 無) (選択ください。有の場合は下記をご記入ください)				
①事業所名		サービス	曜日		
(B型○、通所リハ○などと施設の名称をご記入ください)		(作業内容やリハビリなどと内容をご記入ください)			
担当相談支援専門員	又は	担当介護支援専門員 (曜日には利用曜日をご記入ください)			
(わかれば担当者名をご記入ください)					
相談支援専門員は障害福祉サービス、介護支援専門員は介護保険サービスに従事する職種です					
②事業所名		サービス	曜日		
担当相談支援専門員名		担当介護支援専門員名			

