

高次脳機能障がい者通所教室に係る同意書（家族） 記入例

宮崎県身体障害者相談センター所長 殿

通所教室について、利用者情報を提供し通所教室の利用に同意します。

通所希望者 （ふりがなを付してください）

家族代表者 （手書き又は入力・押印しふりがなを付してください）  
 （署名または記名押印）

連絡先（家族代表者）  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電 話 （連絡がつきやすい番号をご記入ください）  
 Email （あればご記入ください）  
 続 柄 \_\_\_\_\_

利用者情報（該当に○、（ ）は記述ください。）

教室利用の決定	・利用者自身の意思 ・その他 （その他の状況 <u>（〇〇からの勧めなど決定に至った経緯をご記入ください）</u> ）
生活の状況	①日常生活動作（着替え、飲食、排泄など） ・自立 ・要支援（具体的に <u>（教室の時間帯に想定される要支援動作、例えばトイレ誘導・飲水の促しなど、ご記入ください）</u> ）
	②生活関連動作（家事、電話、買い物、金銭管理、体調（服薬）管理、スケジュール管理、整理整頓、読み書きなど） ・自立 ・援助必要（具体的に <u>（日々の生活の中で手順を間違っ一人では完結しないことや支援を必要とする生活活動をご記入ください）</u> ）
	③外出 ・目的の場へ自分で行ける ・同伴必要 ・ほとんど外出しない/在宅が多い （外出しない理由 <u>（わかればご記入ください）</u> ）
	④移動手段（複数選択可） ・自動車又は <input checked="" type="radio"/> バイク（・自分で運転 <input type="radio"/> 他者の運転） ・自転車 ・公共交通機関 ・タクシー <input checked="" type="radio"/> 徒歩 ・その他（ <u>（あれば記入ください）</u> ）
	⑤社会的行動の課題（複数選択可） <input checked="" type="radio"/> 感情を上手く調整できない ・対人関係が苦手 ・自発性(やる気)が乏しい ・すぐに他者に頼る ・他者との交流を避ける <input type="radio"/> ミス等の指摘を素直に聞けない ・その他 （ <u>（あれば記入ください）</u> ）
	⑥お困りのこと （ <u>（日々生活の中での困りごとや解決したい事柄などご記入ください）</u> _____ _____ _____）