

あけぼの 利用調査票

空欄に記入，また該当するものに○をつけてください。

※わかる範囲内で結構です。差し支えのない範囲で詳しく記入してください。

記入日 令和 年 月 日

利用希望事業

生活訓練 ・ 就労移行 ・ 生活介護
(入所 ・ 通所) 短期入所

記入者名

1. フェイスシート（基本情報）

氏名・性別・生年月日・年齢

よみがな

氏 名

男 ・ 女

昭和・平成 (西暦) 年 月 日生まれ 才

住所・電話

〒 市

持ち家 ・ 借家 ・ その他 ()

電話番号 (自宅) - - (携帯) - -

障害者手帳

身体障害者手帳 級 交付日：昭和/平成/令和 年 月 日

障害名 ()

精神障害者保健福祉手帳 級 交付日：昭和/平成/令和 年 月 日

有効期限：令和 年 月 日

療育手帳 有 / 無 所持している装具 ()

障害支援区分

区分 () ・ 未認定

介護保険（要介護度）

対象外 ・ 未認定 ・ 要介護 () ・ 要支援 ()

収入（年金等） *年金の種類等は，該当するものを○で囲んでください。

傷病手当金 (年 月 日まで)

障害基礎年金 ・ 障害厚生年金 ・ 労災年金 ・ 生活保護

→ 受給申請予定 ・ 受給中 (級) ・ 受給資格なし

その他 ()

誰が管理していますか？ ()

医療保険

国保 ・ 社保 ・ その他 ()

病歴・内服状況・健康面について

***発症年月日，入院先，診断名，処置（手術），その後の転院の経緯，これまでに治療を受けたケガや病気など**

発症の原因： 事故などの頭部外傷 ・ 脳血管疾患 ・ 脳腫瘍 ・ 脳炎 ・ 低酸素脳症
その他（ ）

発症原因に係る疾患名：（ ）

発症日と発症年齢： 年 月 日（ 歳の時）

発症時の状況：

初診日： 年 月 日（ 病院）

高次脳機能障害の診断：確定（診断した病院名 ）

疑い（診断した病院名 ）

身体状況： 身長（ cm） ・ 体重（ kg） ・ 発症前の体重（ kg）

麻痺なし ・ あり（部位： ）

使用している補装具（ ）

摂食嚥下機能の問題（ あり ・ なし ） ・ 嗅覚障害 ・ 味覚障害 ・ 視覚障害

聴覚障害 ・ 疼痛（部位： ）

てんかん発作： なし ・ あり（ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 年1回以上 ・ 一年以上なし ）

服薬（予防的なものも含む） あり ・ なし

既往歴：

障害名・詳細状況

***現在の症状について，どのように困っているか，何が難しいかなどをご記入ください。**

障害名：

高次脳機能障害の症状 記憶 ・ 注意（半側空間無視 右 ・ 左 ） ・ 遂行機能 ・ 社会的行動
病識欠如 ・ 失認 ・ 失行 ・ 失語

発症前と後で顕著に変わったこと

困っていること・嫌いなこと・苦手なこと

生活歴・職歴・サービス利用歴（これまでの経緯）について

出身地（ ）

最終学歴（ ）

これまでの生活歴（いつ頃、どのような生活をしていたか）、職歴（期間、会社名、仕事内容、雇用形態など）

お仕事の状況について

現在の就労状況 休職中（休職期間 年 月～ 年 月） ・ 無職

失業保険の給付状況 あり（受給期間 年 月～ 年 月） ・ なし

今後の希望 ・ 復職 ⇒ 職場との連絡 している ・ していない

誰が連絡していますか？（ ）

会社側の窓口は？（ ）

具体的な内容は？

・ 新規での就労 ⇒ 希望する職種などは？

発症後の就職活動経験 あり ・ なし

ハローワークへの登録 あり（所在地： 担当： ）

職業センターの利用歴 あり（担当： ）

ご家族について（構成・キーパーソン・氏名・続柄・年齢・住所・電話・家屋やその周辺の状況・ほか）

氏名（ ） 続柄（ ） 年齢（ 歳） 同居・別居

↑キーパーソン

別居の場合の住所（ ）

電話番号（ - ）

就労状況，時間，休日など（ ）

氏名（ ） 続柄（ ） 年齢（ 歳） 同居・別居

別居の場合の住所（ ）

電話番号（ - ）

就労状況，時間，休日など（ ）

氏名（ ） 続柄（ ） 年齢（ 歳） 同居・別居

別居の場合の住所（ ）

電話番号（ - ）

就労状況，時間，休日など（ ）

氏名（ ） 続柄（ ） 年齢（ 歳） 同居・別居

別居の場合の住所（ ）

電話番号（ - ）

就労状況，時間，休日など（ ）

自宅は 持家 ・ 借家 ・ グループホーム ・ 施設入所 ・ 医療機関

その他（ ）

住宅改修 あり ・ なし

自宅周囲は 街中 ・ 徒歩圏内にお店がない ・ 坂が多い など

（ ）

入院中の場合，外出や外泊の経験 あり ・ なし

医療機関・通院状況について （記入例） ○○内科クリニック，○○医師，糖尿病，月1回

病院名（ ） 主治医（ ） 主病名（ ）

処方薬あり ・ なし 通院頻度（ ）

病院名（ ） 主治医（ ） 主病名（ ）

処方薬あり ・ なし 通院頻度（ ）

病院名（ ） 主治医（ ） 主病名（ ）

処方薬あり ・ なし 通院頻度（ ）

支援機関などについて（支給決定市町、相談支援事業所、高次脳機能センター担当者等）

- ・支給市町：
- ・相談支援事業所名：（担当相談支援専門員：）
- ・介護保険で利用している事業所名：
（ケアマネジャー：）
- ・県リハ医療センター（高次脳機能センター）
主治医：，コーディネーター：
OT：，ST：，心理：，PT：

2. 主訴・ニーズ

本人の主訴（希望する生活）について*どこで（誰と）、どのような暮らしがしたいと考えていますか？

家族の主訴（希望する生活）について*家族としては、どこでどのような暮らしをしてほしいと考えていますか？

3. アセスメント（援助の要否・援助内容）～現在の生活状況・リハでの取組状況・家族の関わりなど

あてはまるものに○をつけてください。また、空欄に記入してください。

食事について～形態、治療食、アレルギー、水分管理、間食・喫煙・飲酒・嗜好品など

- * 食事の形態は？（ 通常 ・ きざみ ・ その他： ）
- * 治療食を食べていますか？（ いいえ ・ はい → 内容： ）
- * アレルギーはありますか？（ いいえ ・ はい → 内容： ）
- * 水分補給は自分で管理していますか？（ はい ・ いいえ ）
- * 間食（おやつ）の状況は？
- * タバコやお酒について
- * その他、希望や配慮してほしいことなど

洗面・整容（歯磨き・髭剃り・整髪）について

- ① 自主的にできる（確認不要） ② 自主的にできる（要確認）
③ 声かけがあればできる ④ 全面的な支援が必要
どのような援助が必要ですか？

更衣・身だしなみについて

- ① 場に適した服装が自分でできる ② 助言があればできる
③ 部分的な援助が必要 ④ 全面的な援助が必要
どのような援助が必要ですか？

入浴（準備を含む）について

- ① 一人でできる ② 見守り，声かけがあればできる
③ 部分的な支援が必要 ④ 全面的な支援が必要
どのような援助が必要ですか？

排泄について

- ① 自主的にできる（確認不要） ② 自主的にできる（要確認）
③ 声かけがあればできる ④ 全面的な支援が必要
お薬を飲んでいますか？（ いいえ ・ はい → 種類や頻度など： ）

移乗（椅子やベッド，トイレ，お風呂などへの乗り移り）について

- ① 一人で安全にできる ② 手すりなどがあれば一人でできる
③ 部分的に介助があればできる ④ 全面的に介助が必要

就床方法の希望： ① ベッド Pバー（要・否） ② たたみ＋布団

移動（屋内・屋外・公共交通機関）について

主な移動手段は？（ 何も使用せず独歩 ・ 歩行器を使用 ・ 杖を使用 ・ 車椅子を使用 ）
（ その他： ）

- ① 全面的に一人で安全にできる ② 屋内であればできる
③ 訓練中（内容： ）

・車椅子貸出は？（ 要 ・ 否 ）

・通所利用を希望する方は，交通手段は？：

・外出訓練の経験は？（ ない ・ ある → 内容： ）

コミュニケーション・電話・メール等について

- ① 複雑な内容を理解し伝えることができる ② 日常会話ができる
③ 代償手段（筆記等）を使ってできる ④ 全面的な支援が必要

* 電話やメール，LINE の使用状況は？

* どのような配慮や援助が必要ですか？

対人関係や社会性について

- ① 概ね問題なく良好な関係を保つことができる
② トラブルや悩みが時々生じる
③ トラブルや悩みがよくある

* よろしければトラブルやお悩みの内容を教えてください。

洗濯（準備から収納までを含む）について

- ① 一人でできる（確認不要） ② 見守り，声かけがあればできる
③ 部分的な支援が必要（洗濯機操作・洗濯物干し・取り込み・収納） ④ 全面的な支援が必要

掃除・整理整頓・シーツ交換について

- ① 一人でできる（確認不要） ② 見守り，声かけがあればできる（掃除・整理整頓・シーツ交換）
③ 部分的な支援が必要（掃除・整理整頓・シーツ交換） ④ 全面的な支援が必要

どのような援助が必要ですか？

金銭の管理・買物について

- ① 全面的に自分で管理できる ② 手持ちの小遣い管理は自分でできる（確認不要）
③ 部分的な支援があれば小遣い管理ができる（要確認） ④ 全面的な支援が必要

* 誰が管理していますか？

* 買い物の状況は？（入院中の方は病院の売店利用状況等について）

お薬の管理について

- ① 自分で問題なくできる ② 自分でできるが確認をしてもらっている
③ 部分的な援助が必要 ④ 全面的に援助が必要

* お薬カレンダーを使用していますか？（ はい ・ いいえ ）

* メモリーノートを使用していますか？（ はい ・ いいえ ）

* 今は、どのような援助を受けていますか？

スケジュール管理・時間管理について

- ① 自主的にできる ② 概ねできる
③ 声かけがあればできる ④ 全面的な支援が必要

* 何を使ってスケジュール管理をしていますか。

（メモリーノート ・ スマートフォン ・ 市販の手帳 ・ その他： ）

リスク管理（危険を回避して安全を確保すること）について

* 自宅や外出先で急な体調不良や危険なことが起きた場合、適切に対処できますか？（誰かに助けを求めることができる・家族や知り合いに電話連絡することができる等）

余暇の過ごし方について

* 現在はどのように過ごしていますか？誰かに援助してもらっていますか？

* 以前はどのような過ごし方をしていましたか？

* 今後、余暇をどのように過ごしたいと考えていますか？

ご記入ありがとうございました。

利用受け入れの審査及び今後の支援において、参考にさせていただきます。