

本人情報

様式2

支援機関名 _____ 記入者 _____ TEL _____ (年 月 日)
 支援機関名 _____ 記入者 _____ TEL _____ (年 月 日)

氏名	(男・女)	生年月日:	記入時(歳)
住所	〒 _____		住宅改修: <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
	【 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他() 】		
電話番号	自宅() FAX() 携帯()		
家族および支援者の状況	キーパーソン(続柄)	☎()	通院支援 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他人()
		☎()	金銭管理 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他人()
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中卒 <input type="checkbox"/> 高卒 <input type="checkbox"/> 専門学校卒 <input type="checkbox"/> 短大卒 <input type="checkbox"/> 大卒 <input type="checkbox"/> 大学院卒 <input type="checkbox"/> 中退()		
職歴(詳細は就労情報で記入)		⇒	⇒
医療面	高次脳の発症原因	<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> 低酸素脳症 <input type="checkbox"/> その他()	
	発症原因に係る疾患名	_____	
	発症日・発症年齢	_____年 _____月 _____日 ()歳時	
	意識のなかった期間	<input type="checkbox"/> ()ヵ月 <input type="checkbox"/> ()日 <input type="checkbox"/> ()時間 <input type="checkbox"/> なし	
	初診日(高次脳原因傷病に関する)	_____年 _____月 _____日 ()	_____病院
	症状固定日(労災・自賠責のみ)	_____年 _____月 _____日 ()	_____病院
	画像等検査実施状況	<input type="checkbox"/> MRI (_____病院) <input type="checkbox"/> 神経心理学的検査 (_____病院) <input type="checkbox"/> CT (_____病院) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	高次脳機能障害の診断	<input type="checkbox"/> 確定(診断した病院名 _____) <input type="checkbox"/> 疑い(診断した病院名 _____)	
	高次脳機能障害の症状	<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意(半側空間無視 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 遂行 <input type="checkbox"/> 社会的行動 <input type="checkbox"/> 病識欠如 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語	
	発症時の状況	_____	
	身体状況 身長(cm)	<input type="checkbox"/> 麻痺【 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: _____) 】	
	体重(kg)	<input type="checkbox"/> 使用補装具(_____) 摂食嚥下機能問題(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
	*発症前の体重(kg)	<input type="checkbox"/> 臭覚障害 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 疼痛:部位(_____)	
	てんかん発作状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(頻度: <input type="checkbox"/> 1回/週以上 <input type="checkbox"/> 1回/月以上 <input type="checkbox"/> 1回/年以上 <input type="checkbox"/> 1回/年以上起こらず) 服薬(<input type="checkbox"/> あり(予防的なものも含む) <input type="checkbox"/> なし)	
	既往歴	_____	
現在かかっている医療機関	病院名: _____ (_____ 医師)主病名 _____	処方薬 <input type="checkbox"/> あり	
※処方内容は お薬手帳等添付	病院名: _____ (_____ 医師)主病名 _____	処方薬 <input type="checkbox"/> あり	
	病院名: _____ (_____ 医師)主病名 _____	処方薬 <input type="checkbox"/> あり	
医療的な留意事項	_____		
障害者手帳	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり(_____ 級: _____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	
	療育手帳	<input type="checkbox"/> あり 程度(_____) <input type="checkbox"/> なし	
	精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり【 _____ 級、 <input type="checkbox"/> 高次脳で取得 <input type="checkbox"/> その他(_____)】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 有効期限 (_____ 年 _____ 月) 医療機関名 _____) 主治医(_____)	

社会資源等	介護保険	<input type="checkbox"/> あり(介護度:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 意見書作成病院(病院)			
	障害福祉	<input type="checkbox"/> あり(支援区分:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 意見書作成病院(病院)			
	現在使用しているサービス	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
	当事者・家族会	<input type="checkbox"/> 参加中(名称) <input type="checkbox"/> 参加していない <input type="checkbox"/> 関心がある (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)			
一日の過ごし方	平日	→			
	休日	→			
車の運転	<input type="checkbox"/> 運転免許なし <input type="checkbox"/> 運転していない (主治医の運転許可 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 運転免許あり <input type="checkbox"/> 運転している				
経済面	発症時に加入していた年金状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 免除申請 <input type="checkbox"/> 加入未			
	現在の就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 () <input type="checkbox"/> 休職中 (休職期間 年 月～ 年 月) <input type="checkbox"/> 無職			
	傷病手当金の受給状況	<input type="checkbox"/> あり (受給期間 年 月～ 年 月) <input type="checkbox"/> なし			
	雇用(失業)保険給付状況	<input type="checkbox"/> あり (受給期間 年 月～ 年 月) <input type="checkbox"/> なし(受給期間延長申請 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> まだ)			
	現在の収入状況	<input type="checkbox"/> 預貯金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 家族からの支援(誰から) 労災【 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償一時金 】 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 障害基礎年金(級) <input type="checkbox"/> 障害厚生年金(級) (診断書作成病院: 病院)			
	健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他()			
	医療費助成	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 障害者医療 <input type="checkbox"/> 難病関連 <input type="checkbox"/> その他()			
嗜好品	飲酒について	発症前	<input type="checkbox"/> あり(頻度) <input type="checkbox"/> なし	現在	<input type="checkbox"/> あり(頻度) <input type="checkbox"/> なし
	喫煙について	発症前	<input type="checkbox"/> あり(頻度) <input type="checkbox"/> なし	現在	<input type="checkbox"/> あり(頻度) <input type="checkbox"/> なし
本人・家族等の情報	望む生活	本人			
		家族またはキーパーソン			
	発症前と後で顕著に変わったこと				
	趣味・得意なこと	発症前			
		現在			
	嫌い・苦手なこと	発症前			
現在					
困っていること					