



様式1

高次脳機能障害支援申請書

(あて先) _____ 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	氏名		生年月日	明大昭平	年	月	日
	居住地		性別				
		電話番号					
身体障害者手帳番号 ()		療育手帳番号 ()		精神保健福祉手帳番号 ()			
困難状態と申請内容							
届出人	氏名		代理人		代行者		
	住所		申請者との関係				
		電話番号					

ケースカード

番号: 高次脳機能障害支援センター: 高次脳機能障害支援コーディネーター:
 記載者: 記載日: 年 月 日

氏名:	性: 男 女	年齢:	歳
病名:	担当医:	病院	科 (先生)
障害名:	施設利用の経過 年 月 年 月 年 月		
障害者手帳:			
現在の利用施設・サービス等: 一般病院 リハビリテーション病院 精神病院 身体障害者更生訓練所 身体障害者療護施設 身体障害者授産施設 地域利用施設 精神障害者生活訓練施設 精神障害者授産施設 小規模作業所 グループホーム 老人福祉施設 老人福祉在宅サービス その他()			
支援費制度利用:		介護保険利用:	
医療保険:	国民健康保険 社会健康保険 共済保険	その他 ()	
障害者医療:	更生医療 育成医療	その他 ()	
家族状況: 生活歴: 発症前就業・就学状況: 会社員 公務員 退職 自営 学生 パート・アルバイト 主婦・主夫 無職 その他()			
病歴・障害歴 既往歴: 発症後の経過: 現在の治療状況: 訓練・支援状況:		医療上の注意事項 支援上の留意点	
高次脳機能障害 記憶障害 注意障害 遂行機能障害 半側空間無視 病識欠落 失語 失認 失行 その他() 依存性・退行 欲求コントロール低下 感情コントロール低下 対人技能拙劣 固執性 意欲・発動性の低下 抑うつ 感情失禁 その他() 身体機能: 片麻痺 運動失調 その他() 機能データ: HDS-R() パーセルインデックス() 老研式活動能力指標() 移手段:(自立歩行 監視歩行 介助歩行 車椅子自立 車椅子介助)、使用する道具() 障害尺度()			
メモ:			

様式3

社会復帰・生活・介護支援計画

受付番号:

氏名:

高次脳機能障害支援コーディネーター:

支援計画策定会議 開催日: 年 月 日(曜日) 出席者:
現在の利用施設:
支援目標: 就業支援 就学支援 授産施設支援 小規模作業所等支援 就業・就学準支援 在宅支援 施設での生活訓練支援 施設での生活援助支援

支援ニーズ	支援目標	支援内容	担当者	概要
身体介護				
生活援助				
健康管理支援				
相談支援				
活動参加支援				
訓練作業支援				
コミュニケーション支援				
社会復帰支援				
家族支援				
その他				

様式 4

高次脳機能障害支援計画通知書

市(町・村)

_____ 様

文 書 番 号

平成 年 月 日

_____ 印

申請のあった高次脳機能障害支援について下記の通り支援計画を作成しましたので通知します。この内容に質問等がある場合には下記の支援担当者までご連絡下さい。

記

支援を受ける方の 氏 名			
支援拠点機関			
支援担当者	氏名 住所 電話番号		
支援協力施設			
支援目標			
支援開始日	平成 年 月 日		
支援予定期間	約 カ月		
支援計画	支援内容	支援施設	担当者