

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。

ふりがな _____
 通所希望者 _____
 ふりがな _____
 家族代表者 （手書き又は記名・押印ください） _____
（署名または記名押印）

連絡先

電話 （連絡が付きやすい番号を御記入ください） _____
 Email （あれば御記入ください） _____

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 （〇〇からの勧めなど決定に至った経緯を御記入ください） ）
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 （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、御記入ください） ） 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 （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御記入ください） ） 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 （わかれば御記入ください） ） 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 checked="" 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（ （あれば御記入ください） ） 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 checked="" type="radio"/> ミス等の指摘を素直に聞けない ・その他 （ （あれば御記入ください） ） ⑥お困りのこと （ （日々に生活の中での困りごとや解決したい事柄など御記入ください） ） _____ _____ _____