

高次脳機能障がい者通所教室申込書 記入例

令和 年 月 日

潤和リハビリテーション振興財団 代表理事 殿

高次脳機能障がい者通所教室の利用を申し込みます。
□下記の内容を通所教室支援者に提供することに同意します。（同意する場合は☑を御記入ください。）

御本人様	ふりがな			生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）																											
	氏名																															
	住所	〒 （郵便物が届くようアパート名や部屋番号なども御記入ください）																														
	連絡先	電話	（連絡が付きやすい番号を御記入ください）		FAX																											
病歴	脳損傷発生年月日： 年 月 日		初診医療機関：（脳損傷で最初に診療を受けた医療機関名を御記入ください）																													
	診断名：（病名を御記入ください）		主治医意見書（ 有 ・ 無 ） （必要な書類です。有無を御確認ください）																													
	経過 （わかる範囲で御記入ください）																															
	現在通院している病院 （ 有 ・ 無 ） 病院名：（脳損傷で通院中の医療機関名を 目的：（○のリハビリ、薬の処方、検査(CT等） ご記入ください） など通院している理由をご記入ください）																															
	精神障害者保健福祉手帳		有 ・ 無	（等級：（2級） 認定診断名：（手帳に記載の診断名を御記入ください））																												
	他の疾患で通院している病院 （ 有 ・ 無 ） 通院中の病院名：（他の疾患で通院している病院名） 目的：（高血圧の治療など、通院している目的を御記入ください） 服薬等治療状況：（服用中の薬がわかればご記入ください。治療状況は安定しているとか、 ○○の状況が良くないなど御記入ください）																															
	現在利用している福祉サービス （ 有 ・ 無 ）（選択ください。有の場合は下記をご記入ください）																															
	<table><tr><td>①事業所名</td><td>サービス</td><td>曜日</td></tr><tr><td>（B型○、通所リハ○などと施設の名称を御記入ください）</td><td>（作業内容やリハビリなどと内容を御記入ください）</td><td>月・水</td></tr><tr><td colspan="2">担当相談支援専門員</td><td>担当介護支援専門員</td></tr><tr><td colspan="3">（わかれば担当者名を御記入ください）</td></tr><tr><td colspan="3">相談支援専門員は障害福祉サービス、介護支援専門員は介護保険サービスに従事する職種です</td></tr><tr><td>②事業所名</td><td>サービス</td><td>曜日</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>担当相談支援専門員名</td><td colspan="2">担当介護支援専門員名</td></tr><tr><td></td><td colspan="2"></td></tr></table>						①事業所名	サービス	曜日	（B型○、通所リハ○などと施設の名称を御記入ください）	（作業内容やリハビリなどと内容を御記入ください）	月・水	担当相談支援専門員		担当介護支援専門員	（わかれば担当者名を御記入ください）			相談支援専門員は障害福祉サービス、介護支援専門員は介護保険サービスに従事する職種です			②事業所名	サービス	曜日				担当相談支援専門員名	担当介護支援専門員名			
①事業所名	サービス	曜日																														
（B型○、通所リハ○などと施設の名称を御記入ください）	（作業内容やリハビリなどと内容を御記入ください）	月・水																														
担当相談支援専門員		担当介護支援専門員																														
（わかれば担当者名を御記入ください）																																
相談支援専門員は障害福祉サービス、介護支援専門員は介護保険サービスに従事する職種です																																
②事業所名	サービス	曜日																														
担当相談支援専門員名	担当介護支援専門員名																															

[illegible]