

高次脳機能障がい者通所教室申込書 記入例

令和 年 月 日

学校法人 宮崎南学園
宮崎保健福祉専門学校 校長 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）						
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			

	教育歴	(高校卒、大学卒などと最終学歴を御記入ください)	
	就労歴	(脳損傷前の仕事内容をご記入ください。及び、脳損傷後はいつ～いつに○などと 就労歴を御記入ください) (現在就労中の方は、あなたに理解があるか、そうでもないかなど環境についても 御記入ください)	
生活状況	現況	日常生活	支援： ☒ 要 ((初めての場所は迷うので誘導してほしいなど御記入ください)) ・不要
		外出方法	(教室への通いなど遠方の外出時の交通手段を御記入ください)
		金銭管理	(お金や貴重品の自己管理が出来るか否か、出来ない場合の管理はどうしているかなど御記入ください)
		居住環境	(両親と兄弟〇人と同居、毎日は概ね平穏またはイライラすることが多いなど自分を取り巻く環境について御記入ください)
		現在の困り	(困りごと、こうあったらよいと思うことなど御記入ください)
		障害年金	受給中(更生年金・国民年金()級)、申請中、未受給 (選択してください。受給中の場合は何級かを御記入ください)
		その他	(生活面のことで教室の支援者にお伝えしたいことがあれば御記入ください)
応募について	応募した動機：(教室に申し込みをしたと思った理由を御記入ください)		
	☐ 自分の意思で応募した ☐ 社会復帰の意欲がある (選択して ☒ を付してください)		
	今後の目標：(今後の人生は「こうした」と考えていることがあれば御記入ください)		
	通所教室終了後の希望 (選択して ☒ を付してください)		
	☐ 就労したい (☐ 一般就労：事務系・作業系 ☐ 福祉就労：事務系・作業系)		
	☐ 就労は考えていない ☐ まだ決めていない		
通所に ついて	☐ 自分で通所可能 通所手段（ ） ☐ 同伴者が必要 同伴者（ ） ☐ その他（) (選択して ☒ を付し()はその内容御記入ください) 		
御意見等自由記載欄 (ご意見等あれば御記入ください)			