

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			

[illegible]