

# 相談票の記入について(※次のページに相談票様式があります)

(市町村窓口担当者用)

※送信票は必要ありません。このままFAX送信してください。

## 高次脳機能障害相談票

受付日： H 年 月 日

紹介元		連絡先	代表： - - (内線： )
担当者	所属： 氏名：		直通： - - FAX： - -

相談受付者の  
・所属・氏名・連絡先  
をご記入ください

※相談をされた方についてご確認ください。

相談者	氏名： 様 (続柄： )	連絡先	- - ※希望時間帯： 時頃・特になし
-----	-----------------	-----	------------------------

相談者の  
・氏名・連絡先  
をご記入ください  
※匿名希望の場合は不  
要です

※困っている方ご本人についてご確認ください。

氏名	様	受傷・発症 年月日	S・H 年 月 日 不明： 約 年前
性別	男性・女性	受傷時 発症時 の 診断名	頭部外傷・脳挫傷・脳卒中・脳炎 その他( )
年齢	歳		受傷原因： 交通事故・その他( )
市町村	市・町・村		
生年月日	S・H 年 月 日		
介護保険	無・有： 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / 申請中		
身障手帳	無・有： 内部障害・肢体不自由障害・視覚障害・聴覚障害 言語障害・精神障害・知的障害・療育手帳		

相談者(本人やご家族  
など)との面接を実施の  
上、ご記入ください  
※詳細が不明の場合は  
空欄のままにしてくださ  
い

※困っている事を具体的にご確認下さい。

- ① 約束を忘れる
  - ② 同じことを何度も質問する
  - ③ 集中力がない
  - ④ 時間を守れない
  - ⑤ 興奮しやすい
  - ⑥ 怒りっぽい
  - ⑦ 道具が使えない(ハサミや箸など)
- ※ その他、ご自由にご記入ください

治療病院		かかりつけ医	
------	--	--------	--

FAX送付先  
0172-27-9013  
青森県高次脳機能障害支援普及事業  
支援拠点機関  
弘前脳卒中・リハビリテーションセンター

(市町村窓口担当者用)

※送信票は必要ありません。このままFAX送信してください。

## 高次脳機能障害相談票

受付日： H 年 月 日

紹介元		連絡先	代表： — — (内線： )
担当者	所属：		直通： — —
	氏名：	FAX： — —	

※相談をされた方についてご確認ください。

相談者	氏名： 様 (続柄： )	連絡先	— — ※希望時間帯： 時頃 ・ 特になし
-----	-----------------	-----	--------------------------

※困っている方ご本人についてご確認ください。

氏名	様	受傷・発症 年月日	S・H 年 月 日 不明： 約 年前
性別	男性 ・ 女性	受傷時 発症時 の 診断名	頭部外傷 ・ 脳挫傷 ・ 脳卒中 ・ 脳炎 その他( )
年齢	歳		受傷原因： 交通事故 ・ その他( )
市町村	市 ・ 町 ・ 村		
生年月日	S・H 年 月 日		

介護保険 無 ・ 有： 要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 / 申請中

身障手帳 無 ・ 有： 内部障害 ・ 肢体不自由障害 ・ 視覚障害 ・ 聴覚障害  
言語障害 ・ 精神障害 ・ 知的障害 ・ 療育手帳

※困っている事を具体的にご確認ください。

- ① 約束を忘れる                      ② 同じことを何度も質問する                      ③ 集中力がない  
④ 時間を守れない                      ⑤ 興奮しやすい                      ⑥ 怒りっぽい  
⑦ 道具が使えない(ハサミや箸など)

※ その他、ご自由にご記入ください

治療病院		かかりつけ医	
------	--	--------	--

FAX送付先  
0172-27-9013  
青森県高次脳機能障害支援普及事業  
支援拠点機関  
弘前脳卒中・リハビリテーションセンター