

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： | | 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。

| | | | |
|------|--|--------------|-------------------------------------|
| | | 受傷・発症 年月日 | S・H 年 月 日 不明： 約 年前 |
| 氏 名 | 様 | | |
| 性別 | 男性・女性 | | 頭部外傷・脳挫傷・脳卒中・脳炎 |
| 年齢 | 歳 | | その他() |
| 市町村 | 市・町・村 | | 受傷原因： 交通事故・その他() |
| 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

相談受付者の
・所属・氏名・連絡先
をご記入ください

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

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

(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