

高次脳機能障害パーソナルノート

(神奈川県版)

NPO 法人 高次脳機能障害友の会ナナ作成

記載日 年 月 日

記載者名

氏名		生年月日	年	月	日(歳)
住所	〒 -			血液型	型
電話番号	自宅： ()		携帯： ()		
緊急連絡先	氏名(続柄)住所			電話番号	
	①	()			
	②	()			
	③	()			
高次脳機能障害 について	受障原因： 受障日： 高次脳機能障害の状況： 身体障害の状況：麻痺(有(右・左)・無) 装具(有_____・無) その他_____				
日常生活	既往歴・基礎疾患等： 【食事：できる・一部介助・介助】 【調理：できる・一部介助・介助】 【掃除：できる・一部介助・介助】 【洗濯：できる・一部介助・介助】 【更衣：できる・一部介助・介助】 【片付け：できる・一部介助・介助】 【排泄：できる・一部介助・介助】 【入浴：できる・一部介助・介助】 【ごみ捨て：できる・一部介助・介助】 【金銭管理：できる・一部介助・介助】 【服薬管理：できる・一部介助・介助】 【交通機関利用：できる・一部介助・介助】 【趣味・特技・興味： _____】 その他：				
医療機関	病院名	診療科	医師名	電話番号	
内服薬 (有・無)	薬品名	内服回数	処方医	薬局	
		回/日			
		回/日			
		回/日			

障害者手帳	身体障害者手帳（ 級 障害名と等級： ）		
	精神障害者保健福祉手帳（ 級 有効期限 年 月 日）		
	療育手帳（ ）		
自立支援医療	有・無 有効期間： 年 月 日		
障害年金等	障害基礎年金（ 級）障害厚生年金（ 級）次回診断書提出年月： 年 月 労災年金（ 級） NASVA 介護料（特Ⅰ種・Ⅰ種・Ⅱ種）		
重度障害者医療費助成制度	有・無		
障害福祉 サービス	障害支援区分	相談支援事業所	相談支援専門員
利用中の障害 福祉サービスや 事業所名			
介護保険 サービス	介護度	介護支援事業所	介護支援専門員（ケアマネジャー）
利用中の介護 保険サービスや 事業所名			
関係機関や関係者（職場・就労支援機関・後見人・あんしんセンター 等）			
関係者	〒 - 住所 _____		
関係機関	氏名 _____ TEL _____		
関係者	〒 - 住所 _____		
関係機関	氏名 _____ TEL _____		
関係者	〒 - 住所 _____		
関係機関	氏名 _____ TEL _____		
自由記載欄			

＜お願い＞

ご本人の日常生活や社会生活の状況は様々になりますが、身近な地域でご本人のことを知っている人がいるようにしてください。出来れば、相談支援事業所の相談支援専門員、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）や地域包括支援センター、仕事をしている方は就業・生活支援センターや就労援助センターの職員等が望ましいと思います。そして、それらの支援者と年 1-2 回は面談する時間を作り、生活状況等を確認するようにしてください。

どこに相談すればいいかわからないときには、お住まいの市区町村の障害福祉や介護保険の担当窓口にお問い合わせください。

- ◎ 大切な個人情報に記載されていますので、失くさないように、ご自身やご家族の責任で保管してください。
- ファイル等を購入して、年金証書・お薬手帳等と一緒に保管することをお勧めします。