

ケースカード

※支援拠点機関記載欄
番号

高次脳機能障害支援拠点機関：
高次脳機能障害支援コーディネーター：

記載者：
記載日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)
氏 名		性 別	男 ・ 女
現 住 所	〒 TEL： - - FAX： - -		
緊急連絡先	氏名 本人との続柄 ()		
	住所 〒 TEL： - - FAX： - -		
担 当 医	病院 科 医師		
病名・障害名			
障害者手帳	身体障害者手帳 あり (種 級) なし 申請中		
	精神障害者保健福祉手帳 あり (級) なし 申請中		
	療育手帳 あり () なし 申請中		
現 在 の 利用施設・ サービス等	(施設種別・名称・連絡先・担当者など)		
制度利用	支援費 あり () なし 申請中		
	介護保険 あり () なし 申請中		
	その他 ()		
医療保険	国民健康保険 社会保険 共済保険 生活保護 その他 ()		
障害者医療	更生医療 育成医療 重度障害者医療 その他 ()		
高次脳機能 障 害	記憶障害 注意障害 遂行機能障害 半側空間無視 社会的行動障害 [意欲・発動性低下 感情コントロール低下 対人技能拙劣 固執性 その他 ()] 病識欠落		
身体合併症	麻痺 (全 ・ 右片 ・ 左片) 運動失調 失語 その他 ()		
機能データ	HDS-R (/30) バーセル・インデックス (/100)		
	老研式活動能力指標 (/13) 障害尺度 (/8)		
移動手段	自立歩行 監視歩行 介助歩行 車椅子自立 車椅子介助 使用する道具 ()		

受傷・発症年月日	昭・平				年	月	日
病歴・障害歴・既往歴							
現在の治療状況							
[医療上の注意事項]							
施設利用の経過		年	月				
		年	月				
		年	月				
訓練・支援状況							
[支援上の留意点]							
生活歴（学歴・職歴を含む）							
発症前 就業・就学 状況	会社員 主婦・主夫	公務員 休職	パート・アルバイト 無職	自営 その他（	学生	）	
経済状況				家族構成図			
家族状況							
備考							

記載日：年 月 日

帰結（支援終了時に記載）			
就業支援	就学支援	授産施設支援	小規模作業所等支援
就業・就学準備支援	在宅支援	施設での生活訓練支援	施設での生活支援
[具体的に]			