



●脳損傷後にどのような症状がありましたか？

【 注意障害 】

集中力がない 飽きっぽい ミスが多い 火を消し忘れる 片側に気付かない（半側空間無視）

【 記憶障害 】

新しいことを覚えられない 約束を守れない 昨日の事を覚えていない

【 遂行機能障害 】

整理整頓ができない 計画を立てられない 間違っても修正できない 同時に複数のことができない

【 社会的行動障害 】

すぐ怒る 感情をコントロールできない 意欲がない 障害の自覚がない

【 失語 】

思うように言葉がでない 話が理解できない 字の読み方を忘れる

【 その他 】（具体的に記載してください）

---

●利用している社会福祉制度等について教えてください。

身体障害者手帳（ 1・2・3・4・5・6 級 障害種別： \_\_\_\_\_ ）

精神保健福祉手帳（ 1・2・3 級） 療育手帳（ A ・ B ）

介護保険（要支援 { 1・2 } 要介護 { 1・2・3・4・5 }）

障害支援区分（ 1・2・3・4・5・6 ）

障害年金（ \_\_\_\_\_ 級） 傷病手当 失業給付 生活保護

その他（ \_\_\_\_\_ ）

●現在の生活状況について教えてください。

（就労、学業、社会福祉施設の通所、無職、ご家族について等）

---

●初回受診の際に一緒に来ていただけるご家族様やご友人、支援者の方などはいらっしゃいますか？

はい ・ いいえ

→「はい」と答えた方にお聞きします。

その方のお名前や年齢、続柄などについて教えてください。

お名前                      年齢                      続柄                      同居 ・ 別居

---

※可能な限り、受傷前のご本人様の状態について把握されている方と一緒に受診いただくことをお願いしております。