

お問い合わせ票

<情報連絡会提出用>

(長野県立総合リハビリテーションセンター障害者支援施設 問診票)

受付: 令和 年 月 日

*記入いただいた個人情報につきましては、当センター利用目的以外には使用致しません。

送り先: 〒381-8577 長野市大字下駒沢618-1

長野県立総合リハビリテーションセンター 地域連携課 宛

(FAX 026-296-3943) 守秘義務の観点からお急ぎでない場合はなるべく郵送でお願いします。

1 利用をご希望される方、またその家族や支援者についてご記入ください。※各該当項目に○印

氏名 (性別)	様 (男・女)	昭和・平成 年 月 日 生 歳	固定電話	
			本人 携帯	
住所	(〒 -)			
家族構成 ※該当に○印				
氏 名	続柄	年齢	職 業	同居・別居
				同居 別居
				同居 別居
				同居 別居
				同居 別居
				同居 別居
センターに、ご連絡下さった方 (電話による聴き取りをさせていただくことがあります。)		氏名 続柄 () 所属先 ・市町村 課 電話: - - F A X: - -		

2 施設利用に対する訓練の目的、ご意向・願い、退所後の予定(退所先)などについて

例) もう少し手が動かせるようになりたい・自動車運転訓練を受けたい・仕事の支援をお願いしたい

ご本人 訓練の目的、願い、 困る事など	
ご家族等 訓練の目的、願い、 困る事など	

3 経歴、経済状況、在宅サービス等の現況について

職歴	年 月～ 年 月 勤務先: 年 月～ 年 月 勤務先: 年 月～ 年 月 勤務先: 年 月～ 年 月 勤務先: 特記事項・現在の状況・今後の見通し等	仕事の内容: 仕事の内容: 仕事の内容: 仕事の内容:
【生活歴】 詳しく書いてください (出身、学歴、結婚歴等)	出身地・成育歴 教育(高校・大学・専門学校・特別支援学校等) 特記事項	

年金 保険 収入 借入 の 状況	・年金等の加入状況（厚生年金・共済年金・国民年金・企業年金・個人年金・生命保険・未加入・保険料滞納） ・健康保険の種類（ ） ・福祉医療・自立支援医療・難病・他（ ） ・住宅ローンの返済など 月額 円		・障害年金の受給（1級・2級・3級・障害手当金） ・労災（障害年金・傷病年金 級） ・遺族年金 ・老齢年金 ・申請中 年 月 日 ・今日現在年金等を受給している場合 ・月額 円・一時金 円
	・労災（月額 円・申請中・申請予定） ・給与（月額 円・ 年 月まで）		・傷病手当金（月額 円・申請中・申請予定） ・生活保護（受給中・申請中）
	特記事項… 傷病手当金は 年 月から給付を受けています。		
	サービスの 利用	介護保険	有・無 介護度（ 非該当 ・要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5・未申請・申請中） 介護支援専門員（事業所名： ）（担当者： ） 訪問介護・訪問リハ・訪問看護・通所介護・通所リハ・ショートステイ・福祉用具・住宅改修・その他 特記事項（ ）
		障害福祉	有・無 障害支援区分（ 非該当・1・2・3・4・5・6・申請中） 相談支援専門員（事業所名： ）（担当者： ） 居宅介護・生活介護・同行援護・短期入所・就労移行・就労継続A・就労継続B・その他（ ）
		その他	有・無 医療保険・自費のサービス等
福祉用具		有・無 購入（ 杖 ・補装具 ・車椅子 ・白杖 ・ 他 ） レンタル（杖・ベッド・スロープ・ 他 ）	
施設利用 について	有・無	長野県立総合リハビリテーションセンターの利用について心配なことはありますか（利用料など） 心配の内容（ ）	

4 心身及び介助等の現況について

障害者手帳取 得状況	有・無	身体	障害名： （ 種 級） 交付： 年 月 日 手帳番号：	
		精神	診断名： （ 1級 ・2級 ・3級 ）交付： 年 月 日 手帳番号：	
		知的	（ A1・ A2 ・B1 ・B2 ） 交付： 年 月 日 手帳番号：	
病歴・入院歴 (発症からの 治療経過等)	入院・通院（ 病院 ） 年 月～ 年 月(病名：) 入院・通院（ 病院 ） 年 月～ 年 月(病名：) 入院・通院（ 病院 ） 年 月～ 年 月(病名：) 入院・通院（ 病院 ） 年 月～ 年 月(病名：) 特記事項…			
	現在治療中の病気・怪我 入院・通院先（ ） 年 月～ 年 月(病名：) 特記事項…			
	医療処置	要・不要	1ヵ月以上注射（自己管理 可・不可） 経管栄養（胃・鼻） 人工透析 有	
			呼吸器管理 要 吸痰 回/日 夜間吸痰(要・不要) その他（ ）	
	薬の管理	自己管理（ 可・不可 ） 眠剤（ 有・無 ） 看護師管理(1W・1日・毎食) 安定剤（ 有・無 ） 介助状況…		身長 cm 体重 kg 1ヶ月以内に3kgの増加又は減少（ 有・無 ） 病前の体重など…

てんかん 発作	無・有（時期 年 月頃 回/月） 抗てんかん薬服用 無・有（ ） 特記事項…		褥瘡(床ずれ)の有無	無・有（部位 ） 特記事項…
食事動作 (むせ・飲み込みにくさ等)	自立度：自立・一部介助・全介助		食事の形態：常食・粥・軟菜・キザミ・トロミ・他（ ）	
	「むせ」はありますか？ 有・無 「飲み込みにくさ（嚥下障害）」はありますか？ （ 有・無 ） 「誤嚥性肺炎」と言われたことはありましたか？（ 有・無 ）あった場合： 年 月頃 特記事項…			
移動状況	屋 内	手段 独歩・杖歩行・歩行器・車椅子・電動車椅子・その他（ ） 自立度：自立・一部介助・全介助 特記事項…		
	屋 外	手段独歩・杖歩行・歩行器・車椅子・電動車椅子・未実施・その他（ ） 自立度：自立・一部介助・全介助 特記事項…		
排泄	日中	排 尿	手段：トイレ・ポータブル・尿器・リハビリパンツ・オムツ・自己導尿・留置カテーテル 自立度：自立・一部介助・全介助・特記事項（ ）	
		排 便	手段：トイレ・ポータブル・床上・リハビリパンツ・オムツ・差し込み便器・座薬・浣腸・摘便 自立度：自立・一部介助・全介助・特記事項（ ）	
	夜間	排 尿	手段：トイレ・ポータブル・尿器・リハビリパンツ・オムツ・自己導尿・留置カテーテル 自立度：自立・一部介助・全介助・特記事項（ ）	
		排 便	手段：トイレ・ポータブル・床上・リハビリパンツ・オムツ・差し込み便器・座薬・浣腸・摘便 自立度：自立・一部介助・全介助・特記事項（ ）	
入浴	浴室内移動自立度：自立・一部介助・全介助（使用中の福祉用具：車椅子・シャワーチェア・シャワーキャリー・歩行器・多点杖）			
	洗体自立度：自立・一部介助・全介助（介助範囲：頭部・背部・臀部・足先）			
更衣	自立度：自立・一部介助・全介助 (介助状況：)			
移乗	ベッド⇄車椅子⇄トイレ等 自立度：自立・一部介助（見守り・介助バー使用）・全介助 特記事項…			
意思疎通	表出面 ・全く話せない ・はい、いいえのみ ・日常会話なら可 ・全て可			
	理解面 ・全く理解できない ・理解が難しい場面あり ・簡単なことなら分かる ・ほとんど分かる 特記事項（高次脳機能障害の内容含む）…			
コミュニケーション 手 段	ナースコールの操作： 可能 ・ 不可 携帯電話の使用： 可能 ・ 不可 言語・筆談・文字盤・トーキングエイド・手話・身振り・その他（ ）			
飲酒・喫煙	飲酒（現在）：有・無 飲酒歴：有・無 特記事項…		喫煙（現在）：有・無 喫煙歴：有・無 特記事項…	
集団生活面 安全面	不適応行動 奇声：有・無 多動：有・無		徘徊：有・無 暴力：有・無 転倒歴：有・無	
	常時見守り必要：有・無 危険行動：有・無		夜間不穏行動：有・無 精神状態：安定・不安定 特記事項（高次脳機能障害の内容含む）…	
住宅状況	持ち家（改修の必要性 有 ・ 無 ）・公営住宅 ・民間アパート ・施設 ・その他（ ） 住宅改修の必要性…			
その他、特に施設が配慮すべきことがあれば、ご記入ください。（例：家族関係に関すること・退所後の行き先に関すること・家庭での介護に関すること・経済面での困りごと等）				