

# 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

|                                                |                          |                                                           |       |                |
|------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|----------------|
| フリガナ<br>氏名<br>(性別)                             | (フリガナ)<br><br>様<br>(男・女) | 昭和・平成<br>年 月 日 生<br>歳                                     | 固定電話  |                |
| 住所                                             | (〒 - )                   |                                                           | 本人 携帯 |                |
| 家族構成 ※該当に○印                                    |                          |                                                           |       |                |
| 氏 名 (フリガナ)                                     | 続き柄                      | 年 齢                                                       | 職 業 等 | 同居・別居<br>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、ご連絡くださった方<br>(電話による聴き取りをさせていただくことがあります。) |                          | (フリガナ)<br>氏名 続き柄 ( )<br>所属先 ・市町村 課<br>電話： - - F A X : - - |       |                |

## 2 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：<br>年 月～ 年 月 勤務先：<br>年 月～ 年 月 勤務先：<br>年 月～ 年 月 勤務先：<br>特記事項・現在の状況・今後の見通し等 | 仕事の内容：<br>仕事の内容：<br>仕事の内容：<br>仕事の内容：  |
| 【生活歴】<br>詳しく書いて<br>ください<br>(出身、学歴、<br>結婚歴等) | 出身地・成育歴<br><br>教育(高校・大学・専門学校・特別支援学校等)<br>特記事項                                          |                                       |
| 年 金<br>保 険<br>収 入<br>借 入<br>の<br>状 況        | ・年金等の加入状況(厚生年金・共済年金・国民年金・<br>企業年金・個人年金・生命保険・未加入・保険料滞納)                                 | ・障害年金の受給(1級・2級・3級・障害手当金)              |
|                                             | ・健康保険の種類( )                                                                            | ・労災(障害年金・傷病年金 級)                      |
|                                             | ・福祉医療・自立支援医療・難病・他( )                                                                   | ・遺族年金 ・老齢年金                           |
|                                             | ・住宅ローンの返済など 月額 円                                                                       | ・申請中 年 月 日                            |
|                                             | ・労災(月額 円) 申請中、申請予定                                                                     | ・今日現在、年金等を受給している場合<br>・月額 円<br>・一時金 円 |
|                                             | ・給与(月額 円・ 年 月まで)                                                                       | ・傷病手当金(月額 円) 申請中、申請予定                 |
|                                             | 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）<br>介護支援専門員（事業所名： ）<br>（担当者： ）<br>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<br>・その他（ ）<br>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）<br>相談支援専門員（事業所名： ）（担当者： ）<br>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<br>・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 ）<br>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）<br>心配の内容（ ）                                                                                   |

### ３ 心身及び介助等の現況について

（※の付いた内容は、病院等の看護情報提供書（サマリー）を添付していただいても差し支えありません）

|                    |                                                                                               |                     |                                        |       |                                                  |     |  |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------|-------|--------------------------------------------------|-----|--|
| 障害者手帳取得状況          | 有・無                                                                                           | 身体                  | 障害名： （ 種 級）<br>交付： 年 月 日 手帳番号：         |       |                                                  |     |  |
|                    |                                                                                               | 精神                  | 診断名：<br>（ １級 ・２級 ・３級 ）交付： 年 月 日 手帳番号：  |       |                                                  |     |  |
|                    |                                                                                               | 知的                  | （ Ａ１ ・ Ａ２ ・Ｂ１ ・Ｂ２ ）<br>交付： 年 月 日 手帳番号： |       |                                                  |     |  |
| 病歴・入院歴（既往歴）        | 病名： （ 病院） 年 月～ 年 月<br>病名： （ 病院） 年 月～ 年 月<br>病名： （ 病院） 年 月～ 年 月<br>病名： （ 病院） 年 月～ 年 月<br>特記事項… |                     |                                        |       |                                                  |     |  |
| ※現在治療中の病気・怪我       | （病名： ）入院・通院先（ 病院） 年 月～ 年 月<br>特記事項…                                                           |                     |                                        |       |                                                  |     |  |
| ※医療処置ある場合は該当するものに○ | なし                                                                                            | インシュリン注射（自己管理 可・不可） |                                        | 経管栄養  | 人工透析                                             | 呼吸器 |  |
|                    |                                                                                               | 吸痰 回/日              | 夜間吸痰（要・不要）                             | その他   |                                                  |     |  |
| ※薬の管理              | 自己管理（処方された通りに飲む）<br>介助あり：介助状況…<br><br>薬は処方医師からの情報提供書を添付してください                                 |                     |                                        | 身長 体重 | 身長 cm 体重 kg<br>1ヶ月以内に3kgの増加又は減少（有・無）<br>病前の体重など… |     |  |

|                        |    |                                                                                      |                                                         |                            |                  |         |
|------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|---------|
| ※てんかん発作                |    | 無・有 最終発作（時期 年 月頃）<br>抗てんかん薬服用 無・有（ ）<br>特記事項…                                        |                                                         | 褥瘡(床ずれ)の有無                 | 無・有（部位）<br>特記事項… |         |
| ※食事動作<br>（むせ・飲み込みにくさ等） |    | 自立度：自立・全介助・一部介助（介助内容）                                                                |                                                         | 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）<br>「誤嚥性肺炎」と言われたことはありましたか？（有・無）<br>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（ ）<br>自立度：自立・介助あり（介助状況：）    |                            |                  |         |
|                        |    | 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（ ）<br>自立度：自立・介助あり（介助状況：） |                            |                  |         |
| ※排泄                    | 日中 | 排尿                                                                                   | 手段：トイレ・ポータブル・尿器・オムツ・自己導尿・留置カテーテル<br>自立度：自立・介助あり（介助状況：）  |                            |                  |         |
|                        |    | 排便                                                                                   | 手段：トイレ・床上・オムツ<br>自立度：自立・介助あり（介助状況：）                     |                            |                  |         |
|                        | 夜間 | 排尿                                                                                   | 手段：トイレ・尿器・オムツ・自己導尿・留置カテーテル<br>自立度：自立・介助あり（介助状況：）        |                            |                  |         |
|                        |    | 排便                                                                                   | 手段：トイレ・床上・オムツ<br>自立度：自立・介助あり（介助状況：）                     |                            |                  |         |
| ※入浴                    |    | 浴室内移動自立度：自立<br>・介助あり（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：<br>自立・介助あり（介助範囲：頭部・背部・臀部・足先）                                                  |                                                         |                            |                  |         |
| ※更衣                    |    | 自立度：<br>自立・介助あり（介助状況：）                                                               |                                                         |                            |                  |         |
| ※移乗                    |    | ベッド⇄車椅子⇄トイレ等 自立度：<br>自立・介助あり（介助状況：）                                                  |                                                         |                            |                  |         |
| ※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<br>言語・筆談・文字盤・トーキングエイド・手話・身振り・その他（ ）              |                                                         |                            |                  |         |
| ※集団生活面<br>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<br>・その他（ ）<br>住宅改修の必要性…                          |                                                         |                            |                  |         |

- 4 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 等

|                        |  |
|------------------------|--|
| ご本人<br>訓練の目的、願い、困る事など  |  |
| ご家族等<br>訓練の目的、願い、困る事など |  |

5 現在の様子、困っていること、訓練目的などについてお聞かせください

**利用者ご本人の願い**について、該当項目及び番号に○を付けてください。※複数選択可

1 身体のリハビリを継続して受けたい

リハビリに期待していることについて具体的に教えてください。（例：食事を一人で食べられるようになりたい、身の回りのことができるようになりたい、排泄の自立を目指したい、歩けるようになりたい、など）

2 高次脳機能障害に対する訓練を受けたい

(1)医師やリハスタッフから受けた説明（症状や障害）について教えてください ※複数選択可

- ①記憶障害 ②注意障害 ③遂行機能障害 ④社会的行動障害 ⑤失語症 ⑥意欲低下 ⑦認知面低下  
 ⑧その他（ ）

(2)心配されること、気になることがあれば教えてください。（例：移動中に目的を忘れてしまう、部屋に戻って来れないことがあった、周囲は訓練した方がいいと言うが自分では必要ない又は分からないと感じる、など）

3 自宅の環境を整えたい

(1)自宅環境を整えるために必要な項目を選択してください。

- ①住宅改修 ②新築 ③迷っている

(2)迷っていると回答した方について理由を教えてください。

- ①自宅で生活できるか分からない又は不安 ②経済的な不安がある ③施設入所も考えている  
 ④その他（ ）

4 仕事をしたい

(1)仕事の希望について教えてください。 ※複数回答可

- ①復職したい ②新規就労をめざしたい ③福祉的就労を考えている  
 ④その他（ ）

(2)①を選択した方について

①受傷時の業務内容について教えてください。

営業 ・販売 ・事務 ・運送 ・製造 ・公務員 ・出版 ・農業 ・その他（ ）

②復職するために必要なことを教えてください。（例：運転が必須になる、電話対応ができる、1日働ける体力や耐久力が身につく、重い物を持てるようになる、配置転換や業務軽減、など）

5 経済面の安定を図りたい

(1) 希望する支援について教えてください。 ※複数回答可

- ①障害年金に関する支援 ②労災保険に関する支援 ③生命保険に関する支援 ④傷病手当金に関する支援  
⑤雇用保険に関する支援 ⑤その他 ( )

6 車椅子等補装具などの福祉用具を取得（検討）したい

(1) 取得希望又は検討されている福祉用具を教えてください。 ※複数回答可

- ① オーダーメイドの手動車椅子 ②電動車椅子 ③下肢装具 ④バランス  
⑤その他 ( )

(2) ベッド環境で必要な用具があれば教えてください。 ※複数回答可

- ①除圧マット ②L字バー ③エアマット ④防水シーツ  
⑤その他 ( )

7 自動車運転の再開を目指したい

(1) 自動車運転再開について医師からどのように説明を受けているか教えてください

- ①訓練を受けた方がよい ②現状では難しい ③時間の経過をみて判断する必要があり今は判断できない  
④ その他 ( )

(2) 自動車運転再開にあたって、下記について確認させてください。

- ① 免許証期限「 年 月 日まで有効」  
② 本人が運転する車 ( 有 ・ 無 ) 車種 \_\_\_\_\_  
③ 免許の条件 { 眼鏡 ・ 準中型 ・ 中型 ・ AT ・ 大型 ・ 運転補助装置取付車( )  
・ 原付 ・ その他 }  
④ 家族の意向  
(運転再開希望 ・ 本人希望と同様 ・ 運転反対 ・ できるなら運転してほしくない ・ わからない)

8 自動車運転免許の取得を目指したい

(1) 当センターでの免許取得を希望する理由について教えてください ※複数回答可

- ①改造車による訓練が必要 ②障害に配慮した訓練を受けたい ③近くに適当な教習所がない  
④その他 ( )

9 健康管理を受けたい

服薬のある方は、服薬内容について教えてください。 ※看護情報提供書（サマリーなど）の添付でも可。  
病歴に記載された疾病について、看護師に管理を受けていること、また配慮してもらいたいことがありましたら  
教えてください。

10 生活場所を探したい

(1) 希望している、または検討している生活場所がありましたら教えてください

- ①施設（身障者施設、高齢者施設、その他） ②GH ③公営住宅 ④アパート  
⑤ 一軒家 ⑥その他 \_\_\_\_\_

11 単身生活を開始、または再開したい

単身生活を再開するにあたり、希望や相談したいことがあれば教えてください。

12 視覚障がいに対する訓練を受けたい

視覚障がいにより、困っていること、相談したいこと、希望があれば教えてください。※複数回答可

- ①白杖などを試用した歩行訓練を受けたい ②日常生活動作（食事、洗面など）訓練を受けたい  
 ③職業訓練を受けるための準備をしたい ④スマホ・パソコン等の機器操作訓練を受けたい  
 ⑤ 体を動かす機会を作りたい ⑥その他（ ）

13 日々の過ごし方（起床、就床、朝昼夕食、リハビリ、入浴、余暇、導尿など）を教えてください。

000

600

1200

1600

2100

2300

|      |         |              |     |  |
|------|---------|--------------|-----|--|
| 確認項目 | 市町村への連絡 | 市・町・村<br>課・係 | 担当  |  |
|      | 有 ・ 無   |              | TEL |  |