

高次脳機能障害 地域支援連携パス

このファイルは、高次脳機能障害の方やご家族の経過の記録や

「医療と福祉の間のゆるやかな連携関係」を作るためのファイルです。

医療機関・支援機関等において高次脳機能障害の方の支援状況が変化した場合や本人から希望があった場合には、必要に応じて、記載へのご協力をお願いします。

地域支援連携パスをお使いの皆様へ

高次脳機能障害地域支援連携パスの使用や記入にあたり、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。



問い合わせ先：

宮城県リハビリテーション支援センター
リハビリテーション支援班
電話 022-784-3588

高次脳機能障害地域支援連携パスのご利用について

●活用方法について

- ご本人やご家族の同意の上で、「高次脳機能障害地域支援連携パス」を使用します。
- ご本人が医療機関の受診、相談・支援機関に行かれる時や新たに支援を受ける時に持参し、必要に応じて、連絡事項や情報共有が必要な状況等の記入をします。
- パスの管理については、基本的にはご本人ですが、ご家族や支援者でご相談の上、管理方法を決めてください。

●記入内容について

- 支援者が記入した内容について、本人が望まない場合、内容の削除・修正することができます。



高次脳機能障害地域支援連携パスの利用の同意について

「高次脳機能障害地域支援連携パス」は、医療・福祉・行政機関等間で情報を共有しあい、適切な支援が受けられるよう作成・使用されるものです。

地域支援連携パスで得られる個人情報等は支援以外の目的で使用することはありませんが、高次脳機能障害の支援の発展等を目的に、個人が特定できない方法で使用することがあります。

上記内容について理解しましたので、同意します。

同意年月日 年 月 日

当事者署名 _____

代理人署名（続柄 ） _____

*御本人が署名できない場合には、ご家族または代理人がご署名ください。

宮城県高次脳機能障害地域支援連携パス

パス開始日	年	月	日
氏名	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)		
医療機関①	.....	
医療機関②	.....	
医療機関③	.....	
医療機関④	.....	
支援機関A	.....	
支援機関B	.....	
支援機関C	.....	
支援機関D	.....	
行政機関Ⅰ	.....	
行政機関Ⅱ	.....	
行政機関Ⅲ	.....	

この連携パスは医療・福祉・行政が連携して支援するために使用する
ものです。支援を受ける際には持参してください。

基礎データ

支援状況表

支援機関	支援開始日	支援頻度
<input type="checkbox"/> 医療機関①		
<input type="checkbox"/> 医療機関②		
<input type="checkbox"/> 医療機関③		
<input type="checkbox"/> 医療機関④		
<input type="checkbox"/> 支援機関A		
<input type="checkbox"/> 支援機関B		
<input type="checkbox"/> 支援機関C		
<input type="checkbox"/> 支援機関D		
<input type="checkbox"/> 行政機関I		
<input type="checkbox"/> 行政機関II		
<input type="checkbox"/> 行政機関III		

各種支援制度状況

種別	等級及び区分	認定日	記載者	記載日
身体障害者手帳 等級	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級			
身体障害の種別	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 音声言語 <input type="checkbox"/> その他 ()			
療育手帳等級	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B			
精神障害者保健 福祉手帳等級	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級			
障害年金等級	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級			
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
障害支援区分	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

メモ

医療的情報

診断名	発症年月日	記載者	記載日
1			
2			
3			
症状	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明		
障害の直接の原因となっている傷病の経過および投薬内容			

メモ

心身の状態

項目	内容	記載者	記載日
行動上の 障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし		
精神・ 神経症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (<input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし		
てんかん	<input type="checkbox"/> あり 頻度： <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 年1回以上 <input type="checkbox"/> なし		
身体の 麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> なし		
筋力低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> なし		
失調・ 不随意 運動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> なし		
痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> なし		
その他			

日中活動状況

項目	内容	記載者	記載日
主な活動場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()		

介護者関連

項目	内容	記載者	記載日
介護者	<input type="checkbox"/> あり (本人との関係 :) <input type="checkbox"/> なし		
介護者の健康状態			

居住関連

項目	内容	記載者	記載日
生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身) <input type="checkbox"/> 自宅 (同居家族 人) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
住居環境			

その他

内容	記載者	記載日

サービス利用状況表

平成 年 月 日現在

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							

メ モ

- リハビリテーション総合実施計画書
- サービス等利用計画書
- 診断書等のコピー など

*支援や経過記録に必要なものを入れて
お使いください。

*個人情報については、紛失等、取扱に
お気をつけください。

- リハビリテーション総合実施計画書
- サービス等利用計画書
- 診断書等のコピー など

*支援や経過記録に必要なものを入れて
お使いください。

*個人情報については、紛失等、取扱に
お気をつけください。

高次脳機能障害地域支援連携パス 情報共有シート

日付	機関名	実施内容	コメント・ 他機関との共有事項

高次脳機能障害地域支援連携パス 情報共有シート

日付	機関名	実施内容	コメント・ 他機関との共有事項

高次脳機能障害地域支援連携パス 情報共有シート

日付	機関名	実施内容	コメント・ 他機関との共有事項

高次脳機能障害地域支援連携パス 情報共有シート

日付	機関名	実施内容	コメント・ 他機関との共有事項

高次脳機能障害地域支援連携パス 情報共有シート

日付	機関名	実施内容	コメント・ 他機関との共有事項

高次脳機能障害地域支援連携パス 情報共有シート

日付	機関名	実施内容	コメント・ 他機関との共有事項