

事例研究（検討）提出シート

事例の報告にあたっては、特定の個人を識別できる情報について最大限の改変を行う等、十分な配慮をお願いいたします。

事例提出者 氏名		所属先名	
事例概要			
■病名	■性別	■年齢	
	■発症年	（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 不明	
■相談経緯			
■援助対象者についての情報			
◇ 直接把握した本人（家族）の情報			
体に関すること 身体状況、ADL（食、排泄、入浴）など		障害状況 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <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"/> 易怒性 <input type="checkbox"/> 対人技術拙劣 <input type="checkbox"/> 感情コントロール <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 病識欠如 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> その他 （ ） <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 ～下記に具体的なエピソードを書いて下さい。 （生活状況や検査結果など分かる範囲で構いません）	
心や気持ちに関すること（家族とのコミュニケーションなど）			
社会的側面に関すること（経済状況など）			

■連携機関

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 病院 | <input type="checkbox"/> 働き暮らし応援センター |
| <input type="checkbox"/> 行政窓口 | <input type="checkbox"/> 生活支援センター |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> 計画相談事業所 |
| <input type="checkbox"/> 作業所 | <input type="checkbox"/> 就労移行事業所 |
| <input type="checkbox"/> 介護保険事業所 | <input type="checkbox"/> 滋賀障害者職業センター |
| <input type="checkbox"/> 滋賀県立むれやま荘 | <input type="checkbox"/> 家族会（脳外傷友の会 しが） |
| <input type="checkbox"/> 県立リハビリテーションセンター | <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害支援センター |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

■アセスメント

Blank area for assessment notes.

■支援課題

Blank area for support issues.

■備考

Blank area for remarks.

※この様式は、ホームページにてダウンロード可能です。アドレス <http://glow.or.jp/>

提出期限：平成30年11月18日研修当日持参

ご不明な点があれば事務局まで遠慮なくご連絡ください。（担当： 田邊・小西川・三田村 ）