

氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	男・女
住所			
①高次脳機能障害の発症原因となった疾患名			該当するICD-10コードを○で囲む* F04, F06, F07
②発病から現在までの病歴 (発病年月、受診歴等)			
③ 現在の病状、障害像等 (障害を構成する主たる項目に◎で、従たる項目を○で囲む)			
(1) 記憶障害 1 前向健忘 2 逆向健忘			
(2) 注意障害 1 全般性注意障害 2 半側空間無視			
(3) 遂行機能障害 1 目的に適った行動計画の障害 2 目的に適った行動の実行障害			
(4) 社会的行動障害 1 意欲・発動性の低下 2 情動コントロールの障害 3 対人関係の障害 4 依存的行動 5 固執 6 その他 ()			
④ ③の病状・状態像等が日常生活に与える影響の程度 (該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む)			
1 高次脳機能障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。			
2 高次脳機能障害を認め、そのために日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。			
3 高次脳機能障害を認め、そのために日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする			
4 高次脳機能障害を認め、そのために日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。			
5 高次脳機能障害を認め、そのために身のまわりのことはほとんどできない。			
⑤ ①の病名の受傷・発症を説明する器質的脳病変の検出に用いた画像診断、神経生理学的検査の結果:			
⑥ ③の病状・状態像等に関する神経心理学的検査結果			
1 WAISスコア (P I Q V I Q F I Q)			
2 ミニメンタルスケールあるいは長谷川式簡易痴呆スケールスコア (点)			
3 その他			
⑦ 現在の福祉サービスの利用状況 (社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム、ホームヘルプ、訪問指導等)			
⑧ 備考 ICD-10コード* 外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳炎、脳腫瘍などで記憶障害が主体の場合 F04、注意障害・遂行機能障害が主体の場合F06、人格および行動障害が主体の場合F07に該当する			
平成 年 月 日			
医療機関所在地 名称 電話番号 医師氏名 (自署または記名捺印)			