回-3

＜社会制度･社会資源等確認表＞

●記入可能な項目をチェック、記入してください

記入日:	年　月　日
記入者:	

急性期　回復期　生活期

☐発症日:　年　月　日
☐高額療養費･限度額認定証
☐介護保険申請　☐介護度:要支援1･2　介護1･2･3･4･5
☐ケアマネ事業所･担当者(　･担当:　)
☐サービス利用(　通所系　･　訪問系　･環境調整　)

＜家族･生活状況＞
☐キーパーソン
(　)

家族構成:

☐自宅での役割(　)
☐日中の生活場所:　自宅　･　サービス　･　その他
☐仕事の有無:有･無　☐仕事内容(　)

手帳関係

☐身体障害者手帳　等級:　級　障害名:　:　(発症後6ヵ月)
☐精神保健福祉手帳　等級:　級　障害名:　:※2年1回更新(発症後6ヵ月)
☐療育手帳　A　･B　:

★障害の見落としがないように評価･利用可能な社会資源の導入を検討！

☐自立支援医療の利用
☐自立支援法申請（障害程度区分:1　･　2　･　3　･　4　･　5　･　6）
☐相談支援事業所(　)

☐傷病手当金　開始日:　年　月　日

☐労災保険　※　症状固定日:　年　月　日　等級:　級

☐自賠責保険※　症状固定日:　年　月　日　等級:　級

☐生命保険　※

☐障害年金の申請
障害認定日:　年　月　日
(発症後1年6ヵ月)

※障害固定には生活状況、画像診断、神経心理学的検査の内容が盛り込まれることが望ましい

☐失業保険

☐職業センター･ジョブコーチ

☐家族会案内

回-3