

相談支援カード

支部 No. 40

受付日 平成 年 月 日 (面・電)

担当者

紹介者

受傷年月日 平成 年 月 日

相 談 者	氏名		男・女	年 齡 才	障 害 名 (級)
	現在 在宅・入院中・入所中				
	本人・家族 ()・その他 自宅住所				
	TEL/FAX 携帯電話				
入院・治療の経過 (輸血・手術を含む) の概略					

[現在の状況]

[相談事項]

[担当者の支援アドバイス]

分類表

- A. 相談項目…1. 社会復帰総合 2. 病院・医師・施設紹介斡旋 3. 年金制度 4. 住宅
5. 住宅改造 6. 免許・自動車 7. 福祉機器情報 8. 旅行情報 9. 治療関係
10. 福祉制度 11. 法律 12. 労災関係 13. 訴訟 14. 全脊連案内 15. 就業
16. その他
- B. 年齢…1. (0～9) 2. (10～19) 3. (20～29) 4. (30～39) 5. (40～49)
6. (50～59) 7. (60～69) 8. (70以上)
- C. 性別…1. 男 2. 女
- D. 傷病…1. 頸髄損傷 2. 胸髄損傷 3. 腰髄損傷 4. 脊髄疾病 5. 小児マヒ
6. ポリオ 7. 筋ジス 8. その他の傷病
- E. 発生原因…1. 労災事故 2. 交通事故 3. スポーツ 4. 転落事故 5. 疾病
6. その他
- F. 相談者…1. 本人 2. 家族関係 3. 友人関係 4. その他の関係者
- G. 現況…1. 在宅 2. 入院中 3. 施設入所中 4. その他
- H. 受給年金…1. 障害基礎年金 2. 厚生年金(障害) 3. 厚生年金(老齢) 4. 労災年金
5. 共済年金 6. 船員年金 7. 厚生+労災 8. 遺族年金 9. その他(手当等)
- I. 支部番号…全脊連の分類による
- J. 紹介者…1. 会員 2. 脊損のしおり 3. 福祉関係者 4. 病院関係者 5. 施設関係者
6. 福祉事務所 7. 友人 8. その他
- K. 結果 1…1. 相談者が納得した 2. 納得しなかった 3. 問題が残った
- L. 結果 2…1. 入会した 2. 入会しなかった 3. 今後入会する
- M. 障害等級…1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 3級以上
- N. 障害区分…1. 区分1 2. 区分2 3. 区分3 4. 区分4 5. 区分5 6. 区分6

(例示3)

ピアサポート実施記録

担当者名 _____

病院名 _____

依頼者名 _____

連絡先 _____

氏名		男・女	才	受傷年月	平成	年	月	日
損傷部位								
受傷原因								
現在の症状								
本人の主訴等								

【サポート内容】

[第1回目] 年 月 日

[第2回目] 年 月 日

[第3回目] 年 月 日