FAX：029-887-2655　　E-mail：koujinou.sien@pref.ibaraki.lg.jp

（別紙１）

茨城県高次脳機能障害支援センター　行

茨城県高次脳機能障害支援マップ作成に関する調査票

１　茨城県高次脳機能障害支援マップへの掲載の可否について

　　下記のいずれかを○で囲んでください。

①　掲載を承諾する　　　　②　掲載は希望せず，支援センターにのみ情報提供する

【掲載例】



２　掲載内容について

　　下記の表に貴事業所の情報を記入してください。　　　　　　　　　　　　　申請日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※機関名 |  | | | | | |
| ※所在地 |  | | | | | |
| ※電話 |  | | | FAX | |  |
| E-mail |  | | | HP | |  |
| 営業日・営業時間 |  | | | 定員 | |  |
| サービス提供地域 |  | | | | | |
| ※主な対象者 | 身体　　・　　知的　　・　　精神　　・　　高次脳 | | | | | |
| ※提供サービス  種別・内容 | （種別）□自立訓練（機能）　□自立訓練（生活）　□就労移行支援　□施設入所支援  　　　　□グループホーム　□生活介護　□就労継続支援A型　□就労継続支援B型  　　　　□就労定着支援　□相談支援事業（計画相談支援）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| （主な支援内容） | | | | | |
| 入所対応 | 有　　・　　無 | 送迎対応 | | | 有　（範囲：　　　　　　　）・　無 | |
| 昼食対応 | 有　　・　　無 | 訪問指導 | | | 有　（範囲：　　　　　　　）・　無 | |
| 併設サービスや提携施設等との連携状況 |  | | | | | |
| ※備考（利用条件や留意点等） |  | | | | | |
| 高次脳機能障害者  対応歴 | 有　　・　　無 | | 本調査に関する  ご担当者 | |  | |