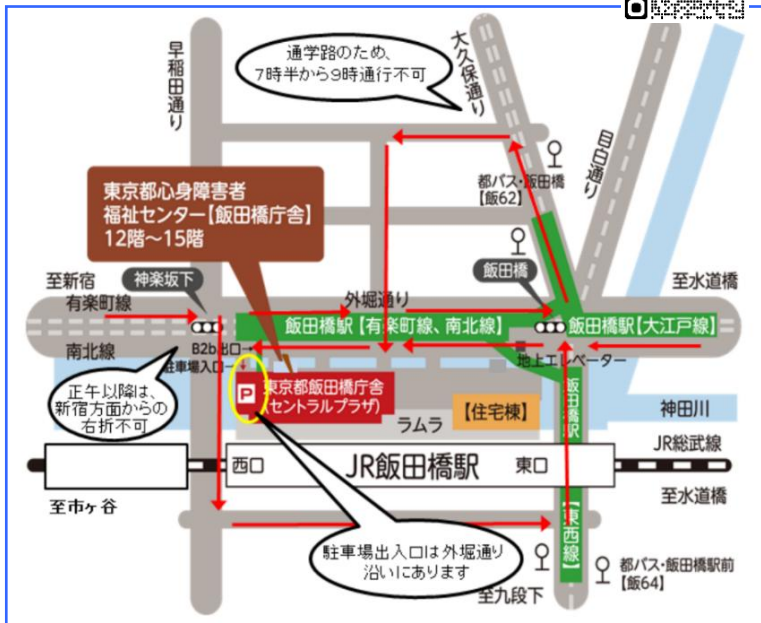




各会場へのアクセス

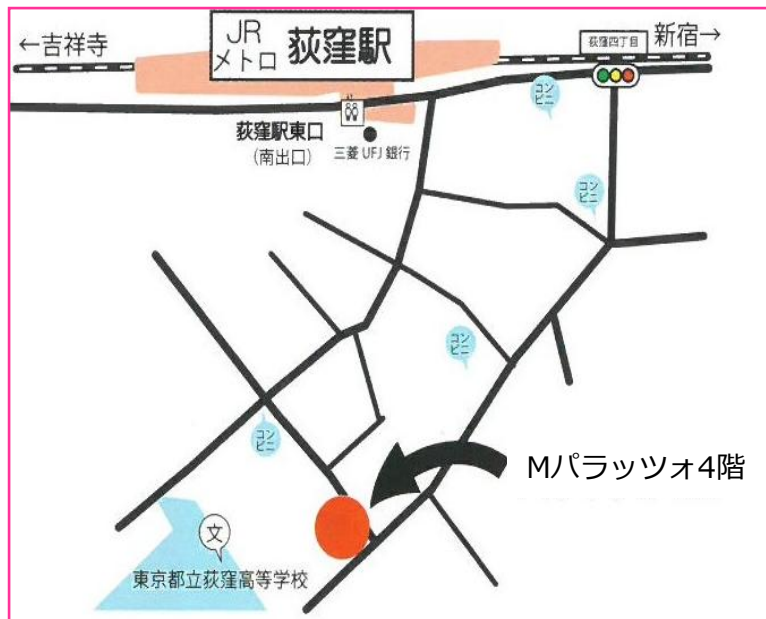
会場A

東京都心身障害者福祉センター 研修室
 東京都新宿区神楽河岸1-1
 東京都飯田橋庁舎(セントラルプラザ)12階



会場B

株式会社 言語生活サポートセンター
 東京都杉並区荻窪5-20-17 Mパラッツォ4階



TKK

NPO法人東京高次脳機能障害協議会 医療及び家族相談会 申込用紙

◆問合せ・申込み： 蔵方

E-mail：kurakata.rtk@gmail.com

Mobile：080-5773-2396(TKK事務局)

参加希望日： 月 日

相談者(申込者)	ふりがな	当事者とのご関係	当事者との同居者	
住所	〒 -			
E-mail			電話(携帯)	
	自宅 (Fax 有・無)			
当事者(患者)	ふりがな	性別	現在	発症時の職業
			歳	
発症原因		発症時期	年 月 / 当時	歳

急性期入院先		期間	年 月 ~ 年 月
回復期入院先 及び 入所訓練施設等			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
現在の主治医	病院名：	医師名：	
後遺症	高次脳機能障害：		
	身体障害(麻痺など)：		

精神障害者保健福祉手帳	無	有	級	取得時期	年 月	申請中
身体障害者手帳	無	有	級	取得時期	年 月	申請中
療育手帳(東京都・愛の手帳)	無	有	級	取得時期	年 月	申請中

障害支援区分(障害者総合支援法)	1	2	3	4	5	6	利用予定無し	申請中			
要介護認定区分(介護保険制度)	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	利用予定無し	申請中

障害基礎年金	受給している	受給していない	申請中	労災給付	受給している	受給していない	申請中
厚生年金	受給している	受給していない	申請中	企業年金	受給している	受給していない	申請中

裏面に続きます



折り目で切り取ってください