

仙台保健福祉事務所地域リハビリテーション推進強化事業  
リハビリテーション相談支援事業報告書

作成日： 年 月 日

作成者：

|  |                  |       |              |
|--|------------------|-------|--------------|
| ケース氏名<br>様   | 生年月日： 年 月 日      | 年齢：   | 性別：          |
| 市町村：   | 相談対応日： 年 月 日 ( ) |       |              |
| 相談場所：  |                  |       |              |
| 相談出席者：   |                  |       |              |
| 本人・家族情報  |                  |       |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患（障害）名，手帳有無，利用サービス等</li> <li>・生育歴及び本人の生活状況</li> <li>・家族構成</li> <li>・経済状況 等</li> </ul> |                  |       |              |
| 相談内容   |                  |       |              |
|  |                  |       |              |
| 評価   |                  |       |              |
|  |                  |       |              |
| 助言内容   |                  |       |              |
|  |                  |       |              |
| 相談結果   | 継続／終了            |       |              |
| 相談依頼者  |                  | 相談対応者 | 宮城県仙台保健福祉事務所 |