様式２**相談票**作成日：令和　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 |  | 年齢歳 | 性別 | 生年月日年　　　月　　　日 |
| 住所又は施設名 | 電話番号 |
| 疾病名（障害名） | 発症年月日 |
| 手帳の所持、介護保険認定障害者手帳：　有（種類：身体 　 級　/　 療育　　 / 　精神保健福祉　　級）　　　　無　　　申請中障害支援区分：　区分　　　　　　　　　　非該当　　　未申請介護保険認定：　有（要支援　　　　　要介護　　　）　　　　無　　　申請中 |
| 主治医（医療機関名、医師名） | 主治医からの指示（注意事項等） |
| 家族構成 | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 職業等 | ADL状況 | 起居動作　：　　自立　・　一部介助　・　全介助 |
|  |  |  |  | 歩行　：　　自立　・　一部介助　・　全介助 |
|  |  |  |  | 食　　　事　：　　自立　・　一部介助　・　全介助 |
|  |  |  |  | 排　　　泄　：　　自立　・　一部介助　・　全介助 |
|  |  |  |  | 更衣整容　： 自立　・　一部介助　・　全介助 |
|  |  |  |  | コミュニケーション：　　自立　・　一部介助　・　全介助 |
| 生育歴又は既往歴 |  |
| 相談内容 | 本人・家族が困っていること |
| 支援者・担当者が困っていること |
| 相談で検討してほしいこと |
| 利用中のサービス等 | 利用しているサービス（頻度等） | 関わっている支援者（職種等） |
| その他 | 特記事項等 |
| 相談担当者 | 所属 | 職・氏名 | 連絡先（電話番号） |

※記載しきれない場合には、相談票とともに任意の別紙を添付してください。