

# 相 談 票 (本人・ご家族・その他親族等用)

記載日：平成 28年 10月 3日

## 見本

### 相談者の状況

住所	都道府県名: <b>青森県</b>		市町村名: <b>青森市</b>
氏名	<b>青森 花子</b>	年齢	<b>55 歳</b> 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
相談者	続柄		
<input checked="" type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 介護者以外の親族	<input type="checkbox"/> 夫 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 婿 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他の親族 <input type="checkbox"/> その他( )		
複数介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (内容 <b>姉の協力あり</b> ) <input type="checkbox"/> 無		

### 介護対象者の状況

年齢	<b>54 歳</b>	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
暮らし方	<input checked="" type="checkbox"/> 同居(誰と <b>妻</b> ) <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明			子どもの数	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1 人 <input checked="" type="checkbox"/> 2 人 <input type="checkbox"/> 3 人以上 <input type="checkbox"/> 人数不明		
病名	<input checked="" type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 濃い疑い <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 心配 <input type="checkbox"/> 不明						
◆気付いたのは		<b>26年 5月頃</b>		◆受診したのは		<b>27年 8月頃</b>	
気になる行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 物とられ妄想 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他( )						
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 非該当	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5				
【社会資源の利用】 利用有/申請中 有 中 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 障害年金( 級) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体 級) <input type="checkbox"/> 障害者手帳(精神 級) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( ) <input checked="" type="checkbox"/> 利用無 <input type="checkbox"/> 不明				【日中活動 及びサービス利用】 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 施設入所 <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉 <input type="checkbox"/> 就労継続 A 型 <input type="checkbox"/> 就労継続 B 型 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input checked="" type="checkbox"/> 精神科デイ <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> その他( )			
相談内容 <b>収入がなく困っている。夫の症状は軽く、まだ働けるのでは？と思っている。今後の就職に向けてどうしたらいいか相談したい。</b>							