

相 談 票 (専門職用)

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: 青森県		市町村名: 青森市
氏名	弘前 太郎	年齢	40 歳
		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
相談者の医療・福祉に従事した経験年数 : 1 年 6 ヶ月			
相談者の職種等 ケアマネジャー			
<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 病院職員 <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネ(在宅) <input type="checkbox"/> ケアマネ(施設) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他()			
複数介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (内容 本人の妻、姉の介護協力あり) <input type="checkbox"/> 無		

介護対象者の状況

年齢	54 歳	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				子どもの数	
<input checked="" type="checkbox"/> 同居(誰と 妻) <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				<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 26 年 5 月頃 <input type="checkbox"/> 不明			◆受診したのは 27 年 8 月頃 <input type="checkbox"/> 不明		
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		要介護度			
<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 <input type="checkbox"/> 不明		<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 <input type="checkbox"/> 不明			
【社会資源の利用】			【日中活動 及びサービス利用】		
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			<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					
<p style="color: red;">妻より夫の就労、経済的に困窮しているとの相談あり。 現在介護サービスを利用しており、併用して障害者の就労系サービスを利用できるのか。できるのであれば、何から支援を始めればよいか。</p>					