相　談　票（専門職用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | 都道府県名： | 市町村名： |
| 氏名 |  | 年齢 | 　　　歳 | 性別 | [ ] 男　　　[ ] 女 |
| 相談者の医療・福祉に従事した経験年数　　：　　　　　年　　　　ヶ月 |
| 相談者の職種等 |
| [ ] 介護職 　[ ] 病院職員　 　　[ ] ケアマネ（在宅） [ ] ケアマネ（施設）[ ] 地域包括支援センター職員　 [ ] 行政　 　　 [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 複数介護者 | 　[ ] 有　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　[ ] 無 |

記載日：平成　　　年　　　月　　　日

相談者の状況

介護対象者の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | 　　　　　歳 | 性別 | [ ] 男　　　[ ] 女 | 配偶者 | 　[ ] 有　　　　　[ ] 無　　　[ ] 不明 |
| 暮らし方 | 子どもの数 |
| [ ] 同居（誰と　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 独居　　　　　[ ] 別居　　　　　　[ ] 施設　　　　　　[ ] 病院　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　[ ] 不明 | [ ] 無　 [ ] 1人　 [ ] 2人　 [ ] 3人以上[ ] 人数不明　　 |
| 病名 | [ ] アルツハイマー型認知症　　[ ] レビー小体型認知症　　[ ] 前頭側頭型認知症[ ] 血管性認知症　 　[ ] その他( )[ ] 濃い疑い　　　　 　[ ] 疑い　　　　　[ ] 心配　　　　　　　 [ ] 　不明 |
| ◆気付いたのは　　　 年　 　月頃　　[ ] 不明 | ◆受診したのは　　　 年　 　月頃　　[ ] 不明 |
| 気になる行動 | [ ] 徘徊　　[ ] 暴言　　[ ] 暴力　　[ ] 物とられ妄想　 [ ]  なし　　[ ] 不明[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護保険 | [ ] 未申請　[ ] 申請中　[ ] 認定済[ ] 非該当　[ ] 不明　　 | 要介護度 | [ ] 要支援1　　[ ] 要支援2[ ] 要介護1　　[ ] 要介護2　　[ ] 要介護3[ ] 要介護4　　[ ] 要介護5　　[ ] 不明 |
| 【社会資源の利用】利用有/申請中有　中[ ] 　[ ] 　傷病手当金[ ] 　[ ] 　障害年金（　　級）[ ] 　[ ] 　自立支援医療[ ] 　[ ] 　障害者手帳（身体　　級）[ ] 　[ ] 　障害者手帳（精神　　級）[ ] 　[ ] 　生活保護[ ] 　[ ] 　その他（　　　　　　　）[ ] 利用無　　[ ] 　不明 | 【日中活動　及びサービス利用】[ ] 介護保険　[ ] 通所介護　 [ ]  認知症対応型通所介護　[ ] 通所リハビリテーション　[ ] ショートステイ　 [ ]  ホームヘルパー　[ ] 施設入所[ ] 障害福祉　[ ] 就労継続A型　[ ] 就労継続B型　[ ] 就労移行支援　[ ] 精神科デイ　[ ] 施設入所[ ] 就労中[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談内容 |