　　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 | | | | | | | | | | |