

# 相 談 票 (本人・ご家族・その他親族等用)

記載日：令和 年 月 日

## 相談者の状況

住所	都道府県名：		市町村名：		
氏名		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
相談者	続柄				
<input 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 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 type="checkbox"/> 有 (内容 ) <input type="checkbox"/> 無				

## 介護対象者の状況

年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
暮らし方				子どもの数	
<input type="checkbox"/> 同居(誰と ) <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 type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 3人以上 <input type="checkbox"/> 人数不明	
病名		<input 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 年 月頃			◆受診したのは 年 月頃		
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 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 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 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	
<b>【社会資源の利用】</b> 利用有/申請中 有 中 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 障害年金( 級) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体 級) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 障害者手帳(精神 級) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 利用無 <input type="checkbox"/> 不明			<b>【日中活動 及びサービス利用】</b> <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input 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 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 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					