|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 作成日 | 年　　月　　日 | | | 相談支援事業者名 | | | |  | | | | | | | 計画作成担当者 | | | | |  | | | | |
| 氏　名 |  | | | | 生年月日 | | |  | | | 年齢 |  | | | 血液型 | | | 型 | | 性別 | 男　・　女 | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 (自宅・携帯等) | | | |  | | | | | |
| 持家 ・ 借家 ・ グループ/ケアホーム ・ 入所施設 ・ 医療機関 ・その他(　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 手帳または疾患名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 障害支援区分 | | | | |  | |
| 家族構成　※年齢、職業、主たる介護者等を記入 | | | | | | | | | 社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等（役割）  〇〇医院  〇〇〇〇  センター  家庭相談員 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活歴　※受診歴等含む | | | | | | | | | | | | | | | | 医療の状況  【受診状況】  医療機関、受診料主治医、頻度 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 【服薬状況】  薬剤名、回数、注意事項 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 【発作、感染症、アレルギー等】 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 本人の主訴（意向・希望） | | | | | | 家族の主訴（意向・希望） | | | | | | | № | 緊急連絡先 | | | | | | | | 続柄（関係） | | |
| ① | 名前 | | |  | | | | | 続柄 | |  |
| TEL | | |  | | | | | | | |
| ② | 名前 | | |  | | | | | 続柄 | |  |
| TEL | | |  | | | | | | | |
| 概要(支援経過・現状と課題等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支援の状況 | | | 名　　称 | | | | 提供機関・提供者 | | | 支　援　内　容 | | | | | | | | 頻　　度 | | | 備　　考 | | | |
| 公的支援（障害福祉サービス、介護保険等） | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | |
| その他の支援 | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | |