

相談記録票

No

受付日時	平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 :	記入者氏名	
------	-------------------------	-------	--

ふりがな		生年月日	T S H	年 月 日 歳
本人氏名		性別	男 ・ 女	
住所	〒 -			
電話番号	電話	FAX		
居所	住所		電話	
本籍	県			
相談内容 【主訴】 〔生活上・財産上の 困りごと〕				
本人の状況	<input type="checkbox"/> 高齢者 : ① 認知症 () ② 介護保険認定情報 () <input type="checkbox"/> 障害者 : ① 知的 (手帳) ④ 障害支援区分 () ② 精神 (手帳) () ③ 身体 (手帳) ()			
家族や行き来 のある親族と その状況	氏名	続柄	同居別 介護者○	住居地、年齢、健康状態、連絡先等
			同・別	
			同・別	
	家族関係図 (ジェノグラム)			
第三者の支援 の状況	支援提供者		支援している内容	
相談者 ・連絡先	氏名	所属・関係		
	住所	電話		
主な相談形態	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問			
福祉サービス 等の利用の 状況	<input type="checkbox"/> 在宅福祉サービス <input type="checkbox"/>			

生活の場	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ()		
住居の状況	一戸建 ・ 集合住宅 (階) 持家 ・ 借家 ・ 借地		
居室の状況	ベッド () / ポータブルトイレ () / 手すり ()		
直近の入所・ 入院	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 施設・医療機関名 <input type="checkbox"/> 医療型病床群 期間 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 病院・診療所 疾患名 <input type="checkbox"/> その他社会福祉施設 () <input type="checkbox"/> なし		
健康状況	往診 (無 ・ 有) 通院 (無 ・ 有 : 月 ・ 週 回) 通院方法 () 既往歴 :		
心身の状態	日常生活動作について 移動 → <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いすで可 <input type="checkbox"/> 介助あれば歩行可 <input type="checkbox"/> 自立歩行可 食事 → <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助不要 排泄 → <input type="checkbox"/> 要全介助 <input type="checkbox"/> 介助あれば可 <input type="checkbox"/> 自力で可 着替え → <input type="checkbox"/> 要全介助 <input type="checkbox"/> 介助あれば可 <input type="checkbox"/> 自力で可 入浴 → <input type="checkbox"/> 要全介助 <input type="checkbox"/> 介助あれば可 <input type="checkbox"/> 自力で可 意思疎通や理解力について 会話 → <input type="checkbox"/> 言葉が出ない <input type="checkbox"/> 「あー、うー」程度 <input type="checkbox"/> 簡単な応答程度 <input type="checkbox"/> 会話は可能だが意味不明 <input type="checkbox"/> 日常会話が可能 日付 → <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> わからないときがある <input type="checkbox"/> わかる 時間 → <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> わからないときがある <input type="checkbox"/> わかる 場所 → <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> わからないときがある <input type="checkbox"/> わかる 家族 → <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> わからないときがある <input type="checkbox"/> わかる 計算 → <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 一桁の足し算、引き算程度はできる <input type="checkbox"/> できる 金銭 → <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> わからないときがある <input type="checkbox"/> わかる		
主な収入等 日常的な経 済生活の状 況 《月収》	<input type="checkbox"/> 年金 (老齢関係・障害関係・遺族・寡婦・その他) 約 千円 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 約 千円 <input type="checkbox"/> 生活保護 約 千円 <input type="checkbox"/> 給与 約 千円 <input type="checkbox"/> 約 千円		
負債の状況	<input type="checkbox"/> 借金 () 約 千円 <input type="checkbox"/> 滞納 () 約 千円 <input type="checkbox"/> 約 千円		
日常生活の 状況等 (特記事項)			
成年後見制度 の利用について	<input type="checkbox"/> 緊急対応 → 「やむを得ない事由による措置」を発動 <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用の必要性 → <input type="checkbox"/> 市町村長申立ての検討 ・ 財産管理・身上監護の課題 () ・ 成年後見制度の利用で解決すると考えられること () <input type="checkbox"/> 成年後見制度以外の解決方法 → ()		