|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |