

申請者の現状(基本情報)

| | | | | | |
|-----|--|----------|--|---------|--|
| 作成日 | | 相談支援事業者名 | | 計画作成担当者 | |
|-----|--|----------|--|---------|--|

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

2. 利用者の状況

| | | | | | |
|------------------------|---|--------|----------------------------|------------------------------|--|
| 氏名 | 様 | 生年月日 | | 年齢 | |
| 住所 | | | | 電話番号 | |
| | [持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他 ()] | | | FAX番号 | |
| 障害または疾患名 | | 障害支援区分 | | 性別 | |
| 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) | | |
| | | | | | |
| 生活歴 ※受診歴等含む | | | | 医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等 | |
| | | | | | |
| 本人の主訴(意向・希望) | | | 家族の主訴(意向・希望) | | |
| | | | | | |

3. 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 | | | | | |