様式第１号

富谷市地域リハビリテーション活動支援事業

個別相談票

富　谷　市　長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：令和　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　相談日：令和　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　記入者

　　　　　　　　　　　　　　　　職種：

氏名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　　歳）　　 　（　男・女　） | | | | | | | | | |
| 住所 | 富谷市 | | | | | | | | | |
| 家族構成 | 続　柄 | 氏　名 | | | 生年月日 | 年齢 | | 職　業 | 特　記　事　項 | |
|  |  | | |  |  | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |  |  | |
| 既往歴 | 病　名 | | 発病時期 | 病院名 | | | 通院状況(頻度) | | | 治療中・治療終了  治療中断 |
|  | |  |  | | |  | | |  |
|  | |  |  | | |  | | |  |
|  | |  |  | | |  | | |  |
| 入院歴  手術歴 |  | | | | | | | | | |
| 内服状況 |  | | | | | | | | | |
| 利用している福祉サービス等  (サービスの種類・ 頻度) |  | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 認定無　申請中　事業対象者  要支援（１・２）　要介護（１・２・３・４・５） | | | | | | | | | |
| 相談概要 | □専門職からの助言  □サービス担当者会議  □地域ケア会議 | | | | | | | | | |
| 相談内容 | 本人・家族が困っていること | | | | | | | | | |
| 支援者・担当者が困っていること | | | | | | | | | |
| 相談で検討・助言を希望すること | | | | | | | | | |
| その他  （特記事項等） |  | | | | | | | | | |