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） |  |