

【 紹介シート 】

記入日	
-----	--

紹介先	
-----	--

← 記入者	
-------	--

フリガナ		生年月日	
氏名		年齢	
		性別	
電話		住まい種別	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> その他
住所(現住所)			
住所(住民票上)	※住民票と現住所が異なる場合は記入		
経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 勤労収入	_____/月
	<input type="checkbox"/> 障害年金	/月	<input type="checkbox"/> その他収入
主な診断名			
障害手帳			
障害支援区分		要介護度	
		計画相談	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 名称:

全体像

<p>■当機関での関わりと経緯</p> <p>■初回相談日: ■相談者:</p>	<p>■ご本人のこと(現在の生活状況や成育歴・生活の課題等)</p>
--	------------------------------------

医療機関の利用状況

通院先	診療科名	医師・SW等	通院頻度	治療している疾患名等

現在の福祉サービス等の利用状況(その他関係者・インフォーマルなサポート含む)

種別(サービス等)	名称	担当	内容

※家族関係

続柄	氏名	年齢	住所	電話番号	同居・別居	キーパーソン

ご本人・ご家族の要望、希望

貴機関にお願いしたいこと、役割

<p>記入者の対応</p> <p><input type="checkbox"/> 貴機関を情報提供</p> <p><input type="checkbox"/> 聞き取りのみ</p>	<p><input type="checkbox"/> 当機関で継続支援中</p> <p><input type="checkbox"/> 他機関も紹介</p> <p><input type="checkbox"/> 情報提供・助言のみ</p>
<p><input type="checkbox"/> その他別紙あり</p>	