

相談支援部会情報連携シート

No	1-2104-1-1	区分	新規	担当者	福祉事務所 ●●	連絡先	53-3117
提案 目的	<input checked="" type="checkbox"/> 情報共有 <input checked="" type="checkbox"/> 関係機関への協力依頼 <input type="checkbox"/> 地域課題 () <input type="checkbox"/> そのほか ()						
対象者	XX	生年月日	S45.1.1	性別	男性		
住所	香北町美良布 9999 番地					連絡先	090-1234-5678
障害の内容 その他心身の状況	精神障害者 (統合失調症・ADHD)						
キーパーソン	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	氏名	YY	続柄	母	連絡先	59-1234
氏名	続柄	生年月日	利用中の福祉・介護・医療サービス				
対象者	本人		なし				
YY	母		訪問介護、生活介護、短期入所 (介護保険) 高血圧・糖尿病 (〇〇病院)				
ZZ	父		胃がん (医療センター)				
家庭・生活の状況							

経過	
年月日	内容
R3.3.20	母が福祉事務所を訪問（〇〇について相談を受けた。）
R3.4.2	ケース会（包括支援センター職員、父親のケアマネ）
R3.4.3	母へ今後の支援に向け、相談支援部会への情報提供することについて説明し、同意を得る。
課題	
今後の方向性(案)、提案及び協議結果	