

相 談 概 要

ふりがな 氏 名			性 別	生 年 月 日		
			男・女	年 月 日 (歳)		
住 所			TEL			
相談内容						
	<p>【症状から該当すると思われる障害】</p> <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害（指示されないといけない等） <input type="checkbox"/> 社会的行動障害（意欲がない、怒りやすい、パニックになる等） <input type="checkbox"/> その他（易疲労性・抑うつ・気づきの障害・失語・失行・失認等） []					
障害者本人 の主訴						
発症時期	年 月		発症時の状況 (疾患名含む)			
治療歴等	医療機関名等		通院（又は入院）の状況			
現在の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 【機関名：					
家族状況	続柄	氏 名	年齢	職業等	同居 又は別居	備考
依頼者 連絡先	（支援センター記入欄） <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 関係機関 <input type="checkbox"/> その他 機関名： 担当者： 連絡先：					

※ 事例ごとに作成してください。