

つなぐシート (複合課題チェックシート)

年月日	2019 年 11 月 1 日	受付 機関	〇〇地域包括支援センター			
		受付者	鈴木一郎	電話番号	225 — 0000	内線 (1234)

■ 基本情報

相談者						
ふりがな	おかやま たろう			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> ()	
氏名	岡山 太郎			生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 20 年 8 月 15 日 74 歳	
住所	〒 700 — 0000 岡山市 北区 〇〇町 1-2-3					
電話	自宅 (086) 123 — 4567			携帯 (090) 1234 — 5678		

■ お困りごとの内容

ご相談されたい内容に○をおつけください。
複数ある場合は、一番お困りのことに◎をおつけください。

◎ 病気・医療のこと	○ こころの問題(メンタルヘルス)
○ 介護のこと	障害のこと
子育てのこと	収入・仕事のこと
支出・滞納・借金	住まいのこと
DV・虐待のこと	権利擁護(後見制度など)
健康のこと	その他(下欄へ詳細記入)

■ 世帯構成

世帯人数()名(本人含む)

氏名	年齢	続柄	備考
岡山太郎	74	本人	軽度認知症
岡山花子	63	妻	アルコール依存症、糖尿病

ご相談されたいことや、配慮を希望されることを具体的にご記入ください。
妻には内緒で相談に来られました。軽度認知症と診断されたことで今後の生活に不安を持っておられます。

■ 紹介先

機関名	相談内容(紹介する理由)
保健センター	← 妻が飲酒して暴れることで近隣に迷惑をかけており、 どうしたらよいか相談を希望されているため。
	←
	←

■ 本人の同意有無

あり (署名 口頭 その他() なし

○ 円滑な相談支援につなぐため、私の相談内容を必要となる関係機関(者)と情報共有し、保管・集約することに同意します。

2019 年 11 月 1 日 本人署名 岡山 太郎

* 相談機関既存のインテークシート、アセスメントシート等を必ず添付して情報提供してください。
添付しない場合は、下記をご記入ください。

世帯の生活状況	
<input checked="" type="checkbox"/> 別紙のとおり <input type="checkbox"/> 下記のとおり 本人(74歳)…軽度認知症 妻(63歳)…アルコール依存症、糖尿病 長男(43歳)…就労不安定、知的障害境界域？ 長男の嫁(38歳)…知的障害(療育手帳B程度) 孫(17歳)…広汎性発達障害 孫(16歳)…広汎性発達障害 孫(4歳)…重度心身障害児(障害手帳1級、療育手帳A)	* 家族関係図(ジェノグラム) 別紙アセスメントシートをご参照ください。

■ 既に支援に入っている機関(把握可能な範囲で記入)
 別紙のとおり 下記のとおり 不明

機関名	支援内容(把握できた範囲)
〇〇地域包括支援センター	認知症、介護保険制度に関する情報提供

■ 特記事項

詳細は別紙相談受付票をご参照ください。