

## 申請者の現状(基本情報)

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

### 1. 概要(支援経過・現状と課題等)

### 2. 利用者の状況

氏名	様	生年月日		年齢	
住所				電話番号	
	[ 持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他 ( ) ]			FAX番号	
障害または疾患名			(障害支援区分)		性別
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
生活歴 ※受診歴等含む				医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等	
本人の主訴(意向・希望)			家族の主訴(意向・希望)		

### 3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援 (障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					