

(初回) 相談受付票

受付 No. XXX 2016年 11月 20日 ふりがな やまもと はな 氏名 山本 はな		相談方法 (<input type="checkbox"/> 来所、電話、文書、ファクシミリ、メール、訪問) 経由機関 長岡京市 障害担当ワーカー 担当者 田中さん				
身障手帳 種 級 性別 (男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女) 療育手帳 A <input checked="" type="checkbox"/> B 精神手帳 級 障害名: 知的発達遅滞		年齢 39歳 (生年月日: 19XX・4・20) 現住所 <u>長岡京市〇〇町1-7 コーポ〇〇101号</u> TEL <u>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</u> FAX <u>なし</u>				
相談者氏名 山本 良子 本人との関係 母 住所 同上 TEL 同上 FAX なし		その他の連絡先 氏名 続柄 住所 TEL FAX				
家 族	続柄	氏名	年齢	職業・学校	同居 別居	特記事項
	本人	山本 はな	39		同居	
	母	山本 良子	63		同居	
相談内容 ※障害ワーカー田中氏と母が来所 母が健康と金銭の不安を抱えており、そのために、本人へ期待することが多いが、本人は分かってくれず、最近では欲しいものがあると、母への金銭要求が強く、大声や暴力があり困っている。 一緒にいることで喧嘩も絶えず、どこかに通ってくれれば助かる。引きこもった状態では、母子ともに辛いことしかない。 できれば経済的にも、もっと楽になりたい。				[家族構成] 年齢・主介護者・他の介護者・インフォーマルサポート等記入、同居者は一線で表示 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <pre> graph TD A[本人父] --- B((本人母 63)) B --- C((本人 39)) A -.- C </pre> </div>		
現在受けているサービス なし。 B 診療所 (精神科) へ月 1 回通院している。 ※母は通所事業や居宅介護事業などに関心を示す。						
訪問者所見・その他の情報 母の希望は聞くことができるも、本人の希望が不明。本人の意向も確認しながら進めていく必要を感じる。まずは、本人と会うための訪問を約束した。				対応状況 <input type="checkbox"/> 情報提供のみ <input type="checkbox"/> 他機関紹介 訪問対応予定 2016年 11月 30日 () 再来所予定 年 月 日 ()		