

# 地域包括支援センターに相談する前に ＜相談チェックシート＞

★あらかじめ下記の項目についてメモしていただくと、地域包括支援センターでの相談がスムーズに進みます。記入が難しい方は、相談時に聞き取りさせていただきます。

ご本人	フリガナ	生年月日
	氏名 (男・女)	年 月 日 ( 歳)
	住所 上砂川町	電話： ( )
相談者	フリガナ	本人との関係
	氏名	本人、家族(続柄 ) その他 ( )
	住所	電話： ( )

以下の質問について、該当するものに○をつけてください。

<b>1 相談したい内容は、どのようなことですか？</b>							
( )	今までできていたことが、できなくなった。(料理、掃除、洗濯、買物、入浴、着替え等)						
( )	日時が理解できなくなった。						
( )	道に迷うようになった。						
( )	急に怒りっぽくなった。						
( )	その他 [ ]						
<b>2 その状況は、いつ頃からありましたか？</b>							
( )	1か月前	( )	2か月前	( )	3か月前	( )	6か月前
( )	1年前	( )	1年以上	( )	その他	[ ]	
<b>3 この内容について、医療機関や相談機関に相談したことがありますか？</b>							
( )	なし						
( )	ある	医療機関・相談機関名					
		受診・相談時期					
<b>4 現在、治療中の病気はありますか？</b>							
( )	なし						
( )	ある	病名					
		医療機関	担当医氏名				
		病名					
		医療機関	担当医氏名				

※ご記入いただいた内容については「守秘義務」により、他に漏らすことはありません。