

令和 年 月 日

岩手県精神保健福祉センター（地域ケア検討会担当）あて

（ Mail : CC0030@pref.iwate.jp ）

所 属 \_\_\_\_\_  
 申込担当者氏名 \_\_\_\_\_  
 連絡先 (Tel) \_\_\_\_\_

令和 6 年度 地域ケア検討会 会場での参加申込書

(12/5・1/16・2/27) \*参加ご希望日に○をつけて下さい。

職名 ----- 職種	氏名	参加の動機  (あてはまる項目全てに○をつけてください)
		ア 事例のアセスメントや相談技術について学びたい イ 関係機関との連携や役割分担について学びたい ウ 事例検討の進め方について学びたい エ 検討したい事例がある オ その他 ( )
		ア 事例のアセスメントや相談技術について学びたい イ 関係機関との連携や役割分担について学びたい ウ 事例検討の進め方について学びたい エ 検討したい事例がある オ その他 ( )
		ア 事例のアセスメントや相談技術について学びたい イ 関係機関との連携や役割分担について学びたい ウ 事例検討の進め方について学びたい エ 検討したい事例がある オ その他 ( )
		ア 事例のアセスメントや相談技術について学びたい イ 関係機関との連携や役割分担について学びたい ウ 事例検討の進め方について学びたい エ 検討したい事例がある オ その他 ( )

\*各回の2週間前までに申し込み願います。

\*当センターからの研修案内等をメール送信できる所属機関アドレスがございましたらご記入ください。

所属機関メールアドレス: \_\_\_\_\_

検討ケースの概要

( 年 月 日現在)

検討の目的			
氏名 (イニシャル)	さん (男・女)	住 所	市 町
年齢	歳	現在、利用 中の制 度・サービ ス・機関等	・ ・ ・ ・
障害手帳	身体・知的・精神 級 介護認定又は障害認定区分 :		
治療中の病気 *身体疾患も記 載すること	病名 ( ) 医療機関名 ( )		
ご本人の 主訴・希望			
経過概略  (生育歴、職歴、 治療歴、相談歴等 に関すること)	家族構成  家族の 特記事項等		
	経済状況 その他		
	自殺の リスク	<input type="checkbox"/> 自殺念慮 <input type="checkbox"/> 自殺の計画性 <input type="checkbox"/> 過去の自殺未遂・自傷歴	
担当者の 所見・見立て (現 時点でのアセス メント)	現時点で の生活等 の支援の 方向(案)		

(担当者所属 :

氏名 : )