

事業所名

しょうがい福祉→介護保険移行連携シート

記入日

担当者

氏名		生年月日(年齢)	(歳)
住所 長浜市		電話	
しょうがい(等級等)	身体(級)・療育()・精神(級)	障害年金(級・	円/年)
疾患・しょうがい		主治医(医療機関名・医師名・電話番号)	
しょうがい特性			
配慮を要する事項			
区分	期間	自己負担額	
家族構成(キーパーソンに☆)			
		家族の連絡先	
		支援者の連絡先	

移行を検討するに至った経過	
---------------	--

課題・めざす姿

課題	
自立にむけてめざす姿	
本人の思い	
家族の思い	
支援者の思い	

移行について

移行が必要な理由		
移行の時期(目安)		
移行のメリット		
移行にむけての課題		
現在利用中のサービス	今後必要なサービス	