

様式 3-3. 包括的支援マネジメント 支援計画シート（追加項目：補助ツール）

<u>私が頼りにしている人、私を応援してくれる人</u>	氏名	関係性（ ）	氏名	関係性（ ）	氏名	関係性（ ）
	関係性の選択 祇肢 イ：父母 ロ：きょうだい ハ：妻/夫 ニ：それ以外の家族/親族 ホ：友人等 ヘ：同僚 ト：医療機関の職員 チ：地域援助事業者 リ：行政機関の職員（ ） ヌ： その他（ ）					

主 な 支 援	主な支援場所： ☐ 医療機関内 ☐ 自宅訪問 ☐ 職場・活動場訪問 ☐ その他（ ）
場所と頻度	医療機関内の支援頻度： ☐ 週 ____ 回 or ☐ 月 回 訪問支援の頻度： ☐ 週 ____ 回 or ☐ 月 ____ 回

<u>医療サービス等を受けることが 難しくなった場合・・・</u>	支援者にしてほしいこと/してもよいこと：	
	連絡してもよい人 1：	連絡先：
	連絡してもよい人 2：	連絡先：

その他のケアマネジメント	機関名（担当者名）	具体的な内容および特記
相談支援 ☐ 有 ☐ 無		
介護保険 ☐ 有 ☐ 無		
その他 ☐ 有 ☐ 無		