

相談受付表(成人)

千の恵み相談支援事業所

受付日時	令和 年 月 日 () ~ 受付担当者
受付方法	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他 ()

【基本情報(ご本人)】

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
住所	〒 - -		
ご本人連絡先	携帯 - - / 自宅 - -		
現在の活動・日中	<input type="checkbox"/> 就労中(一般・障害者雇用) <input type="checkbox"/> 就労中(一般・障害者雇用) <input type="checkbox"/> 在宅・その他 <input type="checkbox"/> 福祉サービス利用(就労移行・A型・B型)		

【相談者・キーパーソン情報(ご本人以外が相談の場合)】

フリガナ		続柄・関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子
相談者氏名			<input type="checkbox"/> 支援者 () <input type="checkbox"/> その他 ()
相談者連絡先	<input type="checkbox"/> 本人と同上 <input type="checkbox"/> 別連絡先:		

【家族構成・居住環境】

氏名	続柄	年齢	職業・学校/学年など	備考(健康状態・サポート状況等)
住居区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> その他			

裏面もご記入ください →

【現在の状況・医療および利用サービス】

通院・医療	【医療機関名】	【科名】	【服薬】	【医療的ケア】
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
現在利用中の福祉等サービス	(居宅介護、ヘルパー、移動支援、生活介護、就労移行・継続、地域活動支援センター、精神科、訪問看護、デイケアなど)			

【相談内容(主訴)】

具体的な内容	
--------	--

【その他】

--	--