

相談受付票

受付日		受付者	
相談方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他	相談経路	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 区からの紹介 <input type="checkbox"/> その他

1. 支援対象者の状況

フリガナ 相 談 者		本人との関係		連絡先	
フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	年 齢	
住 所				電話番号	
手帳種別	身体障害者手帳（ 級）・療育手帳（ ）・精神障害者手帳（ 級）			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
障害または疾患名		障害支援区分		介護保険	要支援（ ） 要介護（ ）
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等（役割）		

2. 相談の内容（相談に至った経緯、現在の状況、相談したいこと、等）

生活歴 ※受診歴等含む	医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等
本人の主訴（意向・希望）	家族の主訴（意向・希望）

3. 対応の状況

対応内容	
今後の対応	<input type="checkbox"/> 情報提供し終了。 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介し、引き継いだ。 ⇒ <input type="checkbox"/> 継続して支援が必要、契約へ。 （ <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所） 日時（ 年 月 日（ ） : （ ） <input type="checkbox"/> その他