

相談シート

相 談 日	年 月 日	受付者	
相談者名 [続柄・事業所]	[]	連絡先	

相談の主訴

フリガナ 本人氏名				男	住 所	
生年月日（年齢）	（ S H R ） 年 月 日 （ ）			女	電 話	
本人の 生活場所	<input type="checkbox"/>	自 宅	<input type="checkbox"/>	サービス利用 （ ）		
	<input type="checkbox"/>	施設・病院		施設・病院名	住所	

就労状況	<input type="checkbox"/> 就 労 中 <input type="checkbox"/> 無 職 <input type="checkbox"/> 定年退職	勤務先：	TEL：
生活保護	<input type="checkbox"/> 受 給 中 <input type="checkbox"/> 境 界 層 <input type="checkbox"/> 対 象 外	C W：	TEL：
日常生活自立 支援事業	<input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし	サービス内容	

介護保険	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	介護認定 非 該 当	認定日 年 月 日	介護度	要支援（１２） 要介護（１２３４５）	
障害福祉	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	支援区分 非 該 当	認定日 年 月 日	介護度	障害支援区分（１２３４５６）	
認知障害	<input type="checkbox"/>	療育手帳 A B1 B2	<input type="checkbox"/>	精神保健福祉手帳 1 2 3	<input type="checkbox"/> 発達障害 診断有 診断無	<input type="checkbox"/> 認知症

家族等氏名	関 係	特記事項	家族構成/社会関係図
緊急連絡①		氏 名	
緊急連絡②		氏 名	

健康保険証	社会保険	国民保険	本人	家族	後期高齢者制度	3割	2割	1割
医療証	有 障害・難病 無	自立支援医療	有	無	その他			
疾患名	医療機関名	診療科目	医師名	頻度	特記事項			
生活歴 （受診歴等含む）								

[相談内容]		年 月 日	
相談者		所属・続柄	
依頼内容			
相談内容			

【担当者の所見】

相談受付者		相談内容		後見		日自		法律
担当者の 所見・意見								
担当者の 情報・根拠								
対応結果								
		終結		継続		紹介	⇒ ()	
		専門相談 R 年 月 日(水) □13:30~ □14:40~						

【専門相談からの助言】

専門職	助言者		所属		助言者		所属	
助言内容								