

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 女	住所 電話
生年月日(年齢)	(S H R) 年 月 日 ()				
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(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)	
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(1 2 3 4 5 6)	
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								