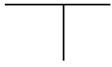
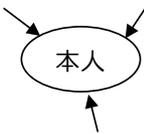


相談受付シート

相談日	年 月 日	対応者	
相談方法	電話・来所・訪問・その他（ ）		本人との関係（ ）
相談者	さん（ ）	相談者電話	自宅・携帯（ ） -
相談経緯			
本人氏名	(ふりがな)	性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
		男・女	生年月日 年 月 日（ 歳）
現住所		電話	自宅・携帯（ ） -
			連絡取りやすい時間帯：
しょうがい または疾患名	知的障害、アルコール依存症		
手帳等	<input type="checkbox"/> 身障（ 種 級） <input checked="" type="checkbox"/> 療育（ ） <input type="checkbox"/> 精神（ 級） <input type="checkbox"/> 難病（ ）		
医療状況	主治医（ ）医療機関（ セフィロト病院 科）通院頻度（ 回/ 月）		
	通院付き添い（有・無） 服薬（有・無） 内服薬（ ）		
障害支援 認定区分	<input type="checkbox"/> 区分なし <input type="checkbox"/> 区分（ ）	認定期間： 年 月 日 ~ 年 月 日	
しょうがい 福祉 サービス	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり（ ）		
	支給決定期間： 年 月 日 ~ 年 月 日		
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 事業対象 <input type="checkbox"/> 要支援・要介護（ ） 認定期間： 年 月 日 ~ 年 月 日		
経済状況	<input type="checkbox"/> 就労収入 <input type="checkbox"/> 年金（ ） <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 就労している 勤務先（ ）		
家族構成 (シエノグラム)			エコマップ (社会関係図) 
生育歴 (既往歴)			