

# 相談受付シート

記入日：平成 年 月 日  
 記入者： 続柄

ふりがな 氏名		男・女		生年月日		年齢	
				年 月 日 生		歳	
住所 〒 -				電話(自宅): 電話(携帯):			
診 断	障がい名・診断名		診断時期		診断機関		診断医
福 祉 サ ー ビ ス	手帳 なし・あり						
	身体障がい者手帳 (種 級)		取得		年 月 日		
愛の手帳 (A1・A2・B1・B2)		取得		年 月 日			
精神障がい者保健福祉手帳 (1級・2級・3級)		取得		年 月 日			
現在利用されている福祉サービスにチェックをつけて下さい。( )には、事業所名をお書き下さい。							
<input type="checkbox"/> 居宅介護( ) <input type="checkbox"/> 日中活動(作業所など)( ) <input type="checkbox"/> ショートステイ( ) <input type="checkbox"/> 一時ケア( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護( ) <input type="checkbox"/> その他( )							
家 族 構 成	氏名	続柄	生年月日	職業・学年		同居・別居	特記事項
						同居・別居	
						同居・別居	
						同居・別居	
						同居・別居	
						同居・別居	
教 育 歴	園名・学校名			期間		備考	
	保育園						
	幼稚園						
	療育						
	小学校						
	中学校						
	高校						
	その他						

社会福祉施設	名称	期間	内容
医療歴	病院名	科	頻度
相談内容	<p>1. 利用したいサービスは何ですか？</p> <p style="text-align: center;">相談支援 ・ 日中活動 ・ 一時ケア ・ ショートステイ ・ おもちゃ文庫</p> <p>2. 現在お困りのこと等、相談したいことがありましたらご記入ください。</p>		
	<p>生活保護受給 (    あり    ・    なし    )</p>		

\* ここで知り得た個人情報は、当施設での支援以外の目的で使用することはありません。  
 横浜共生会 地域活動ホーム ガッツ・ビーと西