

# 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 <span style="float: right;">男・女</span>	生年月日 <span style="float: right;">年齢</span> 年 月 日生 歳																																				
住所 〒 -	電話(自宅): 電話(携帯):																																				
診 断	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">障がい名・診断名</th> <th style="width: 20%;">診断時期</th> <th style="width: 30%;">診断機関</th> <th style="width: 20%;">診断医</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	障がい名・診断名	診断時期	診断機関	診断医																																
	障がい名・診断名	診断時期	診断機関	診断医																																	
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。 居宅介護( ) 日中活動(作業所など)( ) ショートステイ( ) 一時ケア( ) 訪問看護( ) その他( )																																					
家 族 構 成	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">氏名</th> <th style="width: 10%;">続柄</th> <th style="width: 15%;">生年月日</th> <th style="width: 30%;">職業・学年</th> <th style="width: 10%;">同居・別居</th> <th style="width: 20%;">特記事項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>同居・別居</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>同居・別居</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>同居・別居</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>同居・別居</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>同居・別居</td><td> </td></tr> </tbody> </table>	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	
	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																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">園名・学校名</th> <th style="width: 30%;">期間</th> <th style="width: 30%;">備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保育園</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>幼稚園</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>療育</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>小学校</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>中学校</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>高校</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						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										
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>		

\* 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。