

# 相談受付シート

記入日: 令和 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):						
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