

相談受付票

相談日 年 月 日

受付 No.					相談方法		
ふりがな					(来所 ・ 電話 ・ 文書 ・ ファクシミリ ・ 訪問)		
氏名					経由機関	担当者名	
手帳		種	級	年齢	歳	(生年月日： 年 月 日)	
住所	〒 -				TEL :	()	
					FAX :	()	
障がい名							
相談者氏名					利用者との関係		
相談者住所	〒 -				TEL :	()	
					FAX :	()	
その他の連絡先	氏名			住所	TEL : ()		
					FAX : ()		
家族	続柄	氏名	年齢	同居別居	特記事項		
相談内容				家族構成			
				<input type="radio"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="checkbox"/> 死亡			
現在受けているサービス（訪問介護等）							
対応者所見・その他の情報				対応状況			
				<input type="checkbox"/> 情報提供のみ <input type="checkbox"/> 他機関紹介 (紹介先)			
				訪問対応予定 年 月 日			
				再来所予定 年 月 日			

相談受付票

相談日 15 年 〇 月 × 日

受付 No.	15		相談方法		
ふりがな	おおさか はなこ		(<input checked="" type="radio"/> 来所) 電話・文書・ファクシミリ・訪問		
氏名	大阪 花子		経由機関	担当者名 難波 広子	
身体障害者	手帳	1 種	1 級	年齢	23 歳 (生年月日: S55年 〇月 ×日)
住所	〒 5××-×××× D市〇〇町 ×丁目×番×号		TEL: △△△ (△△△) △△△△ FAX: △△△ (△△△) △△△△		
障がい名	体幹機能障がい、呼吸器機能障がい、音声機能喪失				
相談者氏名	大阪 花子		利用者との関係	本人	
相談者住所	〒 - 同上		TEL: () FAX: ()		
その他の連絡先	氏名	住所		TEL: () FAX: ()	
家族	続柄	氏名	年齢	同居別居	特記事項
	父	大阪 一郎	50歳	同居	
	母	大阪 良子	48歳	同居	
	本人	大阪 花子	23歳		通所授産施設利用中
		ケースの状態を把握する(知りたい情報は最小限にとどめる)			
相談内容	いろいろと出かけたが、一人では不安		家族構成		
	主訴をつかむ(緊急性の有無)		<p>母 ○ 父 □ 本人 ● ■ 死亡</p> <p>○ 女性 □ 男性 ● ■ 死亡</p>		
現在受けているサービス (訪問介護、デイサービス等)	移動介護 支給量 40時間…まったく使っていない		情報を提供 課題を整理しながら、解決に役立ちそうな情報を提供し、求めている援助を具体化していく		
対応者所見・その他の情報	吸引器使用などの配慮 (体力的な問題) 筆談を交えながらコミュニケーションをする		対応状況 <input type="checkbox"/> 情報提供のみ <input type="checkbox"/> 他機関紹介 (紹介先)		
			訪問対応予定 年 月 日 再来所予定 15 年 〇 月 × 日		