

相談者事前記入用

相談受付票

No.	—		基幹的社協 <u>長野市</u> 社会福祉協議会	
受付日時	平成 年 月 日	時 分頃	受付者	
相談形態	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他 ()			
対象者区分	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
フリガナ 対象者氏名		男 女	住 所	〒
電話番号		生年月日	大 昭 平	年 月 日 (満 歳)
相談者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> 隣人・知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 行政 (福祉事務所等) <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 市町村社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他 ()			
相談者	氏名又は名称	連絡先		対象者との関係
相談区分	<input type="checkbox"/> 福祉サービスの手続き等 <input type="checkbox"/> 日常的な金銭管理等 <input type="checkbox"/> 書類等の預かり <input type="checkbox"/> 保健サービスの手続き等 <input type="checkbox"/> 医療に関する事項 <input type="checkbox"/> 福祉サービスに関する苦情 <input type="checkbox"/> 今後の生活設計等 <input type="checkbox"/> 本事業に関する問合せ <input type="checkbox"/> 成年後見制度に関する問合せ <input type="checkbox"/> その他 ()			
相談内容	① 対象者はどんな方 (障害、就労、居住、経済状態) ② 現在どのような支援を受け生活しているか (生活状況) ③ 本制度が必要となった経過や理由 ④ 相談者が利用の必要性を感じた理由 <hr/> 記入欄			
本人の意思				
ランク	<input type="checkbox"/> 利用意思がある <input type="checkbox"/> 必要性は認めているが利用の意思は不安定 <input type="checkbox"/> 必要性は認めているが利用の意思は低い <input type="checkbox"/> 利用について拒否傾向			
判断能力	<input type="checkbox"/> 十分ある <input type="checkbox"/> 説明すれば理解はできる <input type="checkbox"/> 説明しても理解が難しい時がある <input type="checkbox"/> 説明しても理解ができない			
特記	項 目	有無	説明 (有に☑の場合)	
	① 虐待 (搾取) について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	② 借金について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	③ その他 (あれば記入)			
対応	社協記入欄			

情報シート 1 (生活状況)

氏 名			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 障害者のみ <input type="checkbox"/> その他 ()		
住居状況	<input type="checkbox"/> 本人持家 <input type="checkbox"/> 家族持家 <input type="checkbox"/> 本人借家 <input type="checkbox"/> 家族借家 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他 ()		
家族状況及び第三者の支援状況	家族関係図 (ジェノグラム)	第三者の支援状況	
連絡先	氏名：	続柄：	TEL：
	住所：〒		
	氏名：	続柄：	TEL：
	住所：〒		
	氏名：	続柄：	TEL：
	住所：〒		
	氏名：	続柄：	TEL：
	住所：〒		
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 無職	勤務先：	TEL：
生活保護	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外	CW：	TEL：
主な収入源	収入区分	内 容	金 額
			約 円/月
			約 円/月
			約 円/月
			約 円/月
	合 計		約 円/月

情報シート 2 (介護・医療)

氏 名				
障害等	認知症 診断	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
	知的障害 療育手帳	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
	精神障害 精神保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
	身体障害 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
	その他 診断	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
介護保険	<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
ケアプラン	事業者名 :	TEL :		
	ケアマネ :	FAX :		
在宅福祉サービス等の利用状況	サービス名	頻度	事業者	内容
健康状態	医療機関 :		主治医 :	
	往診 <input type="checkbox"/> あり (回 /) <input type="checkbox"/> なし		通院 <input type="checkbox"/> あり (回 / 月) <input type="checkbox"/> なし	
	既往症歴・現疾患等			
身体状況				
生活歴等				