記入例

太枠内について記入

相談受付票

No.			基幹的社協　長野市　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	□電話　□来所　□訪問　□その他（　）				
対象者区分	□認知症高齢者　□知的障害者　□精神障害者　□その他（　）				
フリガナ 対象者氏名	ナガノ　ハナコ **長野　ハナコ**	男 女	住　所	〒 現在住民票がある住所	
電話番号	090（4■5□5）34■□ **＊携帯・固定いずれも可**		生年月日	大 昭 平　年　月　日（満　歳）	
相談者区分	□本人　□親　□子　□配偶者　□兄弟・姉妹　□親類　□隣人・知人 □ヘルパー　□民生委員　□介護支援専門員　□在宅介護支援センター □福祉施設　□行政（福祉事務所等）　□医療機関　□市町村社会福祉協議会 □その他（　）				
相談者	氏名又は名称		連絡先		対象者との関係
	相談受付票記入者				
相談区分	□福祉サービスの手続き等　□日常的な金銭管理等　□書類等の預かり □保健サービスの手続き等　□医療に関する事項　□福祉サービスに関する苦情 □今後の生活設計等　□本事業に関する問合せ　□成年後見制度に関する問合せ □その他（　）				
相談内容	以下の内容は必ず記入願います **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** **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** **記入例**：対象者は知的障害（Ｂ２）の男性。就労支援を受け現在清掃関係の会社で働いている。障害年金と賃金を合わせ月の収入は 13 万程度。両親も市内にいるが自立の希望が強く、平成 20 年からグループホームに入所。グループホームの家賃等は○円。本人は雑誌やＣＤ等の購入希望も強く、お小遣いを月の前半で使い切ってしまい両親に要求する行為もあった。両親も困り施設に相談。一時は施設で金銭管理をし、1 週間ずつお小遣いを渡していたが、施設での支援ができなくなり、本人が自己管理するのも今までの経過や障がいから困難と思われるため本制度による金銭管理を希望。				
本人の意思	「社協に金銭管理をお願いすることについて」本人の意思をご確認いただきその時の様子を記入していただき、下記のランクに☑願います。 **記入例**：家族や、友人に借金しなければならないような生活はしてはいけない、という自覚はあり支援が必要ということも理解。しかし、実際に自分の通帳を預けることについては不安もあるためか抵抗がある様子。				
ランク	□利用意思がある　□必要性は認めているが利用の意思は不安定 □必要性は認めているが利用の意思は低い　□利用について拒否傾向				
判断能力	□十分ある　□説明すれば理解はできる □説明しても理解が難しい時がある　□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	□有　□無	**誰からどのような搾取があるか**		
	②　借金について	□有　□無	**借金先、内容、金額等**		
	③　その他（あれば記入）				
対応	社協記入欄				

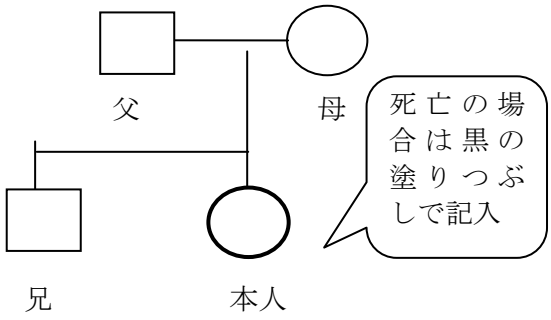
情報シート１（生活状況）

氏　　名	
世帯状況	□独居　□日中独居　□高齢者のみ　□障害者のみ　□その他（　　）
住居状況	□本人持家　□家族持家　□本人借家　□家族借家　□その他（
	□一戸建て　□公営住宅　□アパート　□その他（

把握している範囲でなるべく詳細に

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
＊本人を中心に、親、兄弟、配偶者、子供等２親等位までを記入	**＊本人を支援している関係機関や人について記入** **記入例）** ①　○○相談支援専門員 本人の生活全般の相談役 ②　○○会社　○○担当 本人の就労先の相談役 ③　グループホーム　○○ 世話人として生活支援役 ④　デイケア　○○ 土、日の受け入れ役



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：〒		
氏名：	続柄：	TEL：
住所：〒		

就労状況	□就労中 □無職	勤務先：○　○　会社	TEL：
生活保護	□受給中 □対象外	CW：	TEL：

生活保護担当のケースワーカー名

主な収入源

収入区分	内　容	金　額
年金	障害年金	約　６５，０００円／月
給与		約　５５，０００円／月
		約　　円／月
		約　　円／月
		約　　円／月
合　　計		約１３０，０００円／月

情報シート２（介護・医療）

氏　　名				
障害等	認知症　診断	□あり（　　）□なし		
	知的障害　療育手帳	□あり（　　）□なし		
	精神障害　精神保健福祉手帳	□あり（　　）□なし		
	身体障害　身体障害者手帳	□あり（　　）□なし		
	その他　診断	□あり（　　）□なし		
介護保険	□対象外　□未申請　□結果待ち　□自立 □要支援　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□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　□あり（　　回／　　）□なし	通院　□あり（　１回／月　）□なし		
	既往症歴・現疾患等			
身体状況				
生活歴等				

特に記入が必要と思われる場合はご記入下さい

特に記入が必要と思われる場合はご記入下さい