

# 相談受付票

相談日 年 月 日

受付 No.					相談方法 ( 来所 ・ 電話 ・ FAX ・ メール ・ 訪問 )	
ふりがな					経由機関	
氏名					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="checkbox"/> <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		