

相談者事前記入用

相談受付票【記入例】

No.	-		社協名 <u>飯綱町</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	イイヅナ タロウ 飯綱 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住 所	〒 現在住民票がある住所				
電話番号	090(0000)0000 ※携帯・固定いずれも可		生年月日	大 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
	相談受付票記入者								
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 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。両親も市内にいます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0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う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で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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<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 <input checked="" type="checkbox"/> の場合)					
	① 虐待(搾取)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		誰からどのような搾取があるか					
	② 借金について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<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	
	*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：〒		
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
	年金	障害年金	約 65,000 円/月
	給与		約 55,000 円/月
			約 円/月
			約 円/月
	合計		

把握している範囲でなるべく詳細に

死亡の場合は黒塗りで記入

生活保護担当のケースワーカー名

特に記入が必要と思われる場合はご記入ください

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	特に記入が必要と思われる場合はご記入ください			