

相談受付票

受付 No. _____

相談日 年 月 日

ふりがな					相談方法	来所	電話	文書	FAX	訪問	
氏名					経由機関	(相談支援事業所名)			(担当者名)		
愛の手帳	等級:	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					TEL	()				
	住所					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 ◎: 本人 ○: 女性 □: 男性 ●■: 死亡						
現在受けているサービス（訪問介護、デイサービス等）											

※以下は記入しないでください。

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

受付 No. _____

相談日 年 月 日

ふりがな	すくすく はなこ			相談方法	<input checked="" type="checkbox"/> 来所	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 文書	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 訪問
氏名	須久須久 花子			経路機関	(相談支援事業所名) 〇〇隣町ケアセンター		(担当者名) 柳田久美子		
愛の手帳	等級: 〇度	年齢	8 歳	生年月日	平成〇年 〇月 〇日				
住所	〒000 - 0000 東京都東村山市〇〇町〇-〇〇			TEL	042 (313) 0000				
				FAX	042 (313) 0000				
障がい名	言語の遅れの疑い、発達障がいの疑い								
相談者氏名	須久須久 かおり			利用者との関係	母				
相談者住所	〒 - 同上			TEL	080 (0000) 0000				
				FAX	(同上)				
その他の連絡先	氏名	須久須久 太郎			TEL	080 (0000) 0000			
	住所	同上			FAX	(同上)			
家族	続柄	氏名	年齢	同居・別居	特記事項				
	父	須久須久 太郎	39 歳	同居					
	母	須久須久 かおり	38 歳	同居					
	本人	須久須久 花子	8 歳						
相談内容				家族構成					
多動であり、すぐに姿勢が崩れる。 コミュニケーションが一方的であり、 けやき教室から療育を勧められている。				<p>◎: 本人 ○: 女性 □: 男性 ●■: 死亡</p> <pre> graph TD G[祖母] --- P[] P --- M[母] P --- F[父] M --- S((◎)) F --- S style P fill:none,stroke:none </pre>					
現在受けているサービス (訪問介護、デイサービス等)									

※以下は記入しないでください。

対応者所見・その他の情報	<p>対応状況</p> <p><input type="checkbox"/> 情報提供のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 他機関紹介 (紹介先 _____)</p> <p>訪問対応予定 年 月 日</p> <p>再来所予定 年 月 日</p>
--------------	---