

## 八尾市障がい福祉サービス等相談シート

受付日		<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
受付機関		対応者

相談者	氏名	<input type="checkbox"/> 匿名	本人との関係
	住所		電話番号

本人	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日	( 歳)
	住所		電話番号				FAX 番号
	持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他（ ）						
	医療状況	主治医・受診科目 診断名・障がい名 通院頻度 服薬状況等					
	福祉制度等利用状況	身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	級			
		(部位)					<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金
	療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( )				(年金等級 級)
	精神保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	級				<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	自立支援医療(精神)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(申請中)				介護認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(介護度 )
							障がい福祉サービス <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
家族・支援者	家族構成 ※年齢、職業、健康状態、ジェノグラム等記入						支援機関・担当者 ※支援の状況も記入

相談内容	相談者の主訴、本人の現病歴・生活歴等
------	--------------------

対応	※初回対応以降の経過記録は別紙に記載のこと
----	-----------------------

障がい福祉サービス等利用に関する主治医の意見（精神障がい者は必須）

本人の主訴（意向・希望）

家族の主訴（意向・希望）

障がい福祉サービス等の必要性

無

経過観察中

有

上記のように判断した根拠（アセスメント）

有の場合は必要な障がい福祉サービス等/無・経過観察中の場合は今後の関わりについて記載

相談支援事業所は、サービス利用調整のために得た本人や家族の個人情報を、審査のため市役所へ情報提供することに同意を得た上で提出してください。同意日、署名等は各事業所で管理してください。