

相談票

受付日: 年 月 日 記入者:

フリガナ 本人氏名	男・女 (歳)				
障害	診断名など				
障害支援区分	未・有 (非・1・2・3・4・5・6)				
現在の居住状況	入院中(年 ヲ月) ・ 施設入所中(年 ヲ月) 実家暮らし ・ 一人暮らし (住所) その他()				
入居の緊急性	(すぐ ・ ヲ月以内 ・ 不明 ・ 空き次第 ・ まず見学希望)				
体験利用	無 ・ 有 ()				
主な生活費	就労 ・ 年金 ・ 貯蓄 ・ 他 () 【月額 円】 生保 (受給中 市・町・村 / 今後受給予定)				
他サービス利用	無 ・ 有 ()				
自立の意思	有・無・不明	一人暮らし経験	有・無・不明	自炊経験	有・無・不明
交通機関の 利用	不可・可能 不安・不明	金銭管理	不可・可能 不安・不明	服薬管理	不可・可能 不安・不明
飲酒	有・無・不明	喫煙	有・無・不明		
通院先					
身元引受人	不明 ・ 無 ・ 有 ()				
自傷・他害 触法 他	自傷歴 () 逮捕歴 () 失踪歴 () 他 ()				
電話を かけてきた人	氏名:		連絡先:		
	本人・家族・関係者()				
	当GHを知った経緯 ()				
見学・面接 希望日	第1希望	第2希望	第3希望		
生活歴 特記事項					