**（様式２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　相談票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 |  | 年齢歳 | 性別 | 生年月日年　　月　　日 |
| 住所 | 電話番号 |
| 疾病名（障害名） | 発症年月日 |
| 手帳の所持、介護保険認定障害者手帳：　有（種類：身体 　 級　/　 療育　　 / 　精神保健福祉　　級）　　　無　介護保険認定：　有（要支援　　　　　要介護　　　）　　　無　 |
| 主治医（医療機関名、医師名） | 主治医からの指示（注意事項等） |
| 家族構成 | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 職業等 | 家族歴・特記事項 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 生育歴又は既往歴 |  |
| 相談内容 | 本人・家族が困っていること |
| 支援者・担当者が困っていること |
| 相談で検討してほしいこと |
| 利用中のサービス等 | 利用しているサービス（頻度等） | 関わっている支援者（職種等） |
| その他 | 特記事項等 |
| 相談担当者 | 所属 | 職・氏名 | 連絡先（電話番号） |

※記載しきれない場合には、相談票とともに任意の別紙を添付してください。