

※太枠内は記載不要です。

新規相談受付票（面談にて詳しく伺います。「わかる範囲・簡潔」でかまいません。）

記入日：令和 年 月 日

受付日：令和 年 月 日（事業所記入欄）

■ふりがな：				■相談方法 ①訪問 ②その他（来所・電話・メール・リモート）		
■本人氏名：				■経由機関(担当者) ※紹介者		
■性別： 男・女 ■生年月日： 年 月 日（才）						
■障害種別： 種 級 ■障害名： _____						
■障害者手帳： ①精神保健福祉手帳 級 ②療育手帳 ③身障手帳 種 級						
■現住所： _____						
■TEL： _____ ■MAIL： _____						
■ふりがな：				【その他の連絡先】		
■保護者氏名：				■氏名： _____（続柄： ）		
■TEL：				■住所：		
■MAIL：				■TEL：		
■MAIL：				■MAIL：		
家 族	続柄	氏名	年齢	学校・職業	同居 別居	特記事項
	本人					
[相談内容]				[家族構成]		
				相談対象者(本人) ◎ 男性 ☐ 女性 ☐ 婚姻関係 —— 子どもとの関係 死亡 ×(記号に上書)		
[現在受けている福祉サービスの具体的内容、および習い事の内容]						
[担当者所見・その他の情報]				[対応状況]		
				■受付 No, _____ ■担当者： _____		