共同生活援助グループホームのぞみ

利用相談受付票

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 受付番号 | | 番 | |
| 相談受付日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　） | | | | | |
| 相談者 | 本人・家族（続柄：　　　　　　　）  行政・計画相談・学校関係者・その他（　　　　　　） | | | | | |
| 利用者名  （連絡者） | 利用者氏名　　　　　　　　　　／（連絡者） | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年  　　　月　　　　日生 | | | 男性　・　女性 | | 年齢　　　歳 |
| 住　所 |  | | | | | |
| 連絡先 | ➀　　　　(　　　)　　　　　　　　／➁　　　　　（　　　　）  ※携帯でも可：（　　　　）－（　　　　）－（　　　　　） | | | | | |
| 障害名及び疾病名 | | * ／・ * ／・ | | | | |
| 計画相談 | | 利用なし　・  利用あり（　　　　　　　　　／担当：　　　　　　） | | | | |
| 現在利用中・支給の  障害福祉サービス | | * ／ * ／ | | | | |
| 本人の希望（目的） | | ・  ・ | | | | |
| 家族の希望（目的） | | ・  ・ | | | | |
| 係り付け病院 | | 病院名：　　　　　　　／病院名：  担当医：　　　　　　　／担当医： | | | | |
| 手帳の有無 | | ・療育手帳　有・無／  ・精神障害者保健福祉手帳　有・無  ・身体障害者手帳　有・無 | | | | |
| 障がい区分・年金 | | 区分：　　　　　　／障害年金　有・無  　　　　　　　　　／　　　　　　　円程度／月 | | | | |
| 生活保護受給の有無 | | 生活保護受給　有・無  ※有の場合、　　　　　　　　円程度／月 | | | | |
| 身長・体重情報 | | 〇身長　　　　　ｃｍ  〇体重　　　　　ｋｇ（備考：　　　　　　　　　　） | | | | |
| 視力・聴覚情報 | | 〇視力：右　　　／左  〇聴力：右　　　／左 | | | | |
| 備考  （必要と思われる情報を  記載して下さい） | | ・  ・  ・  ・  ・  ・ | | | | |
| 受付担当者 | | グループホームのぞみ  　　　　　　　　　　氏名 印 | | | | |