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 |