

地域生活支援拠点 相談受付記録 (案)

相談受付日	令和 年 月 日 ()	相談受付者	
相談方法	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他 ()	相談時間	分

1 基本情報

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	年 月 日 (歳)
対象者氏名			<input type="checkbox"/> 女	年 月 日 齢	
住 所	〒 仙台市			電話番号	
診 断 名		障 害 種 別	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 ()		
専門的支援を要する状態・状況	<input type="checkbox"/> 強度行動障害 <input type="checkbox"/> 重症心身障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 長期入院者 <input type="checkbox"/> 施設入所者 <input type="checkbox"/> 触法・虞犯 <input type="checkbox"/> 医療的ケア (内容:) <input type="checkbox"/> その他 (内容:)				
相談者名 所属・関係		連絡先			

2 相談内容

相談主訴	
対 応	
支援方針	<input type="checkbox"/> 支援継続 (<input type="checkbox"/> 緊急受入れ <input type="checkbox"/> 継続的支援体制のコーディネート) <input type="checkbox"/> 経過観察 (<input type="checkbox"/> 拠点から状況確認 <input type="checkbox"/> 相談待ち) <input type="checkbox"/> 終結 <input type="checkbox"/> その他 ()
備 考	