



相談受理日	令和 年 月 日 ( )	担当者		記録者	
ふりがな 本人氏名		生年月日		年齢	歳
本人住所	〒			TEL	
本人状況	住居	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家		現在の居所	
	病歴				
	手帳	身障 ( )・療育 ( )・精神 ( ) 診断名 ( )			
	障害 支区	区分 ( )	介護度	要支援 ( )・要介護 ( )	認知症 自立度
	経済	国民年金・厚生年金・遺族年金・生活保護 その他 ( ) 約 円		財産・債務等	
相談者	氏名		連絡先等		
	関係		相談方法	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問	
相談内容	<input type="checkbox"/> 消費者被害 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 苦情対応 <input type="checkbox"/> 生活困窮 <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用 <input type="checkbox"/> 触法 <input type="checkbox"/> 財産・金銭管理 <input type="checkbox"/> 債務整理 <input type="checkbox"/> 第三者からの権利侵害 <input type="checkbox"/> その他				
生活 歴					家族関係図
支援 経過					

検 討 課 題	* 支援にあたって困難に感じていること、アドバイスを求めたい内容等を記入してください
検 討 結 果	* 相談会での結果を記入します <span style="float: right;">【検討会開催日 R 年 月 日】</span>

課長	主幹	主任事業推進員	事業推進員	係 員	担当