

相談依頼票(初期相談)

相談依頼日	令和 年 月 日 ()				
相談者 (氏名・所属)	① 氏名：				
	② 所属：				
	③ 住所：				
	④ 電話番号：				
対象者の 状況等	氏 名			生活保護	有 ・ 無
	生年月日	M T S 年 月 日 (歳)		性 別	男 ・ 女
	住 所				
	連 絡 先				
	☐ 認知症 ☐ 知的障害 ☐ 精神障害		認定等 (手帳)		
	長谷川式簡易知能評価スケール	点	認知症高齢者の 日常生活自立度		
対象者状況（生活状況・家族の状況・現在利用中の福祉サービス・経済状況など）					
(1)相談内容（利用意思の有無、あんしんサポートに通帳と印鑑を預ける事の同意）					
(2)生活歴・職歴・学歴					
(3)心身・判断能力（健康状態、障害の有無、依存症の有無、対人関係等）					
(4)暮らしの基盤（※各種制度、公共料金、負債の有無、負債の整理状況、収入の状況）					
(5)生活動線（家族関係、近所づきあい、家族のあんしんサポートの同意、解約時の受取人の有無）					
(6)福祉サービス利用状況（現在、利用をしているサービス）					
(7)相談者から見たあんしんサポートの必要性（成年後見制度の利用の検討）					
(8)今後の支援の方向性と課題					