

相 談 票

氏名：	性別： 1) 男性 2) 女性
年齢： 歳 (明・大・昭・平 年 月 日) (生年月日)	婚姻： 1) 単身 2) 既婚 3) 離死別
住所：〒	(電話： - -)

1 相談の理由

--

2 現在の生活状況

(1)生活の場

1) 一人で暮らしている	2) 家族と暮らしている	3) 家族以外の人と暮らしている
【家族と暮らしている人】(当てはまるものすべて○)	【家族以外の人と暮らしている人】(1つに○) どのようなところで生活しているか	
1) 父	1) グループホーム	
2) 母	2) 生活訓練施設	
3) 妻または夫	3) 福祉ホーム	
4) 子ども	4) 入所授産施設	
5) きょうだい	5) 救護施設・更生施設	
6) きょうだいの妻・夫	6) その他の福祉施設	
7) その他 ()	7) 精神病院入院中	
	8) 会社の寮	
	9) その他 ()	

(2)日中の主な活動の場(最近1カ月の一般的な状況で) ※当てはまるもの全てに○

1) 正規の社員・従業員として勤める	6) デイケアに通う(頻度：)
2) パート・臨時・アルバイトとして勤める	7) いこいの場、患者同士の集まりに通う
3) 家事・家業を中心にしている	8) その他 ()
4) 家事・家業を手伝う(内、内職)	9) 以上のことは特にしていない
5) 授産施設、小規模作業所に通う	

(3)主な生活費はどのようにまかなわれているか(当てはまるものすべてに○)

1) 家族の就労・年金収入	3) 本人の年金収入	5) 生活保護
2) 本人の就労収入	4) 本人名義の資産からの収入	6) その他 ()

3 障害者手帳、障害年金

(1)障害者手帳の有無：	1) あり [等級： 級]	2) なし
(2)障害年金の有無：	1) あり [等級： 級]	2) なし

4 現在利用しているサービス

(1)医療サービス

A 受療中の医療機関

1) あり 2) なし	a. 医療機関名： (担当医：)	
	b. 病名・診断名： _____	_____
	(本人)	(主治医)

B これまでの受療歴

(1) 延べ入院回数： 回	現在	1) 入院中	2) 入院していない
(2) 初めて精神科にかかった期間：	歳 (大・昭・平	年	月)
[症状が初めて現れた時期：	歳 (大・昭・平	年	月)] ※可能なら聴取
(3) 【入院中の人】 今回の入院期間：	年	ヵ月 (大・昭・平	年 月より入院)
【在宅の人】 最終退院後期間：	年	ヵ月 (大・昭・平	年 月より在宅)

C 精神科以外の受診歴

1) 診断名	医療機関名	入院 (有 無)
1) 診断名	医療機関名	入院 (有 無)
1) 診断名	医療機関名	入院 (有 無)

(2)現在利用している保健・福祉サービス

サービスの内容 (名称、具体的内容)	実施機関等	利用開始時期
1)		年 月～
2)		年 月～
3)		年 月～
4)		年 月～
5)		年 月～

5 家族歴・生活歴

<家族歴>	<生活歴>
※同居の有無を明確に	

6 相談票による面接の結果

1) ケアアセスメントの実施へ (理由：)
2) 他機関の紹介 (紹介先：)
3) 金銭給付のみ
4) 相談のみ
5) その他

7 相談票記入状況

実施場所：
担当者名： (所属・関係：)
記入日： 年 月 日