

＜相談情報シート＞

※この相談情報シートは全部で4ページあります

記入者

記入日：平成 年 月 日

年度

ご本人	ふりがな			性別	生年月日		年齢
	氏名：			男・女			歳
	住所	〒 —					
	TEL： 携帯：	() ()	— —	FAX：	() —		
相談者	ふりがな			続柄	所属		年齢
	氏名：						歳
	住所	〒 —					
	TEL： 携帯：	() ()	— —	その他の緊急 連絡先：			
家族構成	氏名	年齢	続柄	職業			
このセンターを利用するに至ったきっかけ	知人 ・ 関係機関() ・ 親の会() ・ ホームページ ・ その他()						
親の会やご本人の会への所属の有無	所属なし ・ 所属あり (所属先)						

※ スタッフが書き込む欄です ※

初回TEL	平成 年 月 日				初回来所	平成 年 月 日			
ニーズ									
担当者	年度		年度		年度		年度		
	年度		年度		年度		年度		

ご相談内容（内容を具体的にお書きください）