

すまサポおかやま 相談受付シート

No. _____

岡山市(北区 南区 中区 東 津山市 玉野市 その他 ()

【相談者の基本情報】

氏名			性別	1.男性 2.女性
生年月日	M・T・S・H	年 月 日	年齢	歳
相談者住所	〒		電話	
			FAX	
緊急連絡先	氏名 (続柄)		(電話)	
家族構成	同居の有無	1. あり () 2. 単身		
	結婚	1. 既婚 2. 離別・死別 3. 未婚		
	家族との連絡	1. あり 2. なし (特記事項)		
居住状況	1. 持家 2. 賃貸住宅 3. 病院・施設 () 4. その他 ()			
収入及び就労状況	<input type="checkbox"/> 無収入 (<input type="checkbox"/> 離職 [離職時期: 頃]) <input type="checkbox"/> あり 円/月 <input type="checkbox"/> 就労 (1.正社員 2.派遣社員 3.パート・アルバイト 4.日雇い 5.その他) 勤務先 [] <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 (担当窓口: 市 課 (係) <input type="checkbox"/> その他 ()			
健康状態	疾病	1. あり 2. 既往 3. 無し 4. 不明 (あり又は既往の場合)		
	認知症	1. あり 2. なし 3. 不明 (自立度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> M)		
	要介護認定 (介護)	1. あり 2. なし 3. 申請中 4. 不明 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)		
	障害の有無	1. あり () 2. なし 3. 不明		
	各種障害者手帳の有無	1. あり 2. なし 3. 不明 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C) (<input type="checkbox"/> 精神・障害者手帳 級)		
	障害支援区分 (障害)	1. あり 2. なし 3. 申請中 4. 不明 (障害支援区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6)		
	その他健康状態・介護状況等	(特筆すべき心身の状況や利用中の介護 (障害) サービス等)		
生育歴における問題	<input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 家庭の貧困・借金 <input type="checkbox"/> いじめ・不登校 <input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> 身体疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 非行・犯罪 <input type="checkbox"/> その他 ()			
問題領域	<input type="checkbox"/> 仕事 (失業等) <input type="checkbox"/> 健康 (疾患、障害等) <input type="checkbox"/> 家族との関係 (虐待、DV等) <input type="checkbox"/> その他 ()			

【住まいに関する本人の希望や条件】

本人が 目指す 暮らし	本人の思い・希望		
	希望する住宅の条件（広さ、立地、家賃、住宅性能等）		
	①希望物件の場所	市町村（ ） エリア（ ）	
	②同居者の有無	1. あり 2. なし（独居） （有りの場合） [人数] 人 [本人との関係] 1. 配偶者 2. 子ども（ <input type="checkbox"/> 未就学児） 3. 両親 4. その他（ ）	
	③間取り	1. 希望あり（ ） 2. 問わない	
	④家賃の予算	円/月以内	
	⑤物件の条件	（近隣の医療・介護サービスや保育園等や交通利便など立地に関すること） （居室の遮音性や設備など住環境に関すること）	
⑥入居中に支援を依頼したいこと			
入居中の支援者	1.あり 2.なし 3.不明		
	(主たる支援者)	支援機関・支援者名	担当
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

【その他の特記事項】

相談の経緯	<input type="checkbox"/> 本人からの連絡・相談 <input type="checkbox"/> 家族からの連絡・相談 <input type="checkbox"/> 支援機関からの紹介 支援機関：) <input type="checkbox"/> その他)
-------	--