

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 東区) 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	連絡先
	<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)
-------	--