

# 相談受付シート



電話   
 来所   
 メール   
 FAX   
 その他

|     |          |
|-----|----------|
| 相談日 | 平成 年 月 日 |
| 受付者 |          |

|    |      |  |     |                  |      |
|----|------|--|-----|------------------|------|
| 本人 | ふりがな |  | 性別  | 生年月日             | 電話番号 |
|    | 氏名   |  | 男 女 | M・T・S・H<br>年 月 日 |      |
|    | 住所   |  |     |                  |      |

|     |      |  |        |      |
|-----|------|--|--------|------|
| 相談者 | ふりがな |  | 本人との関係 | 電話番号 |
|     | 氏名   |  |        |      |
|     | 住所   |  |        |      |

|      |   |  |
|------|---|--|
| 相談内容 | <input type="checkbox"/> 本人の状態 <input type="checkbox"/> 介護者の悩み <input type="checkbox"/> その他 |  |
|      | 相談者の要望、希望など   |  |

|      |                                  |
|------|----------------------------------|
| 相談結果 | <input type="checkbox"/> アドバイス   |
|      | <input type="checkbox"/> 関係機関の紹介 |
|      | <input type="checkbox"/> 関係機関と連携 |
|      | <input type="checkbox"/> 相談継続    |
|      | <input type="checkbox"/> その他     |

事業所名