生活相談シート　（一人ずつ作成）

初回作成日 ：　2020　 　年　　　　月　　　日

面接場所　：

所属　 　 ：

担当者 ：

むすびえに本シートを提供することの本人同意：

□あり

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | （ふりがな） | | | | 性別 | | | | | 生年月日 | □大正　□昭和　□平成  年　　月　　日（　　 歳） | | |
|  | | | | 男・女 | | | | |
| 現住所 | | 〒 | | | | | | | | | 電話 | 自宅（　　　　）　　　　－  携帯（　　　　）　　　　－ | | |
| 住居形態 | | □持家　　□賃貸アパート・マンション  □野宿　　□その他（　　　　　） | | | | | 同居状況 | | | □独居　　　　　　　　□家族と同居  □知人宅（　　　　）　□その他（　　　） | | | | |
| 各種制度の  認定情報 | | □介護保険　（要介護　要支援　）□精神保健福祉手帳（　　　　）　□療育手帳（　　 　　）  □身体障害者手帳（　　　　　　　　）□障害支援区分（　 　　）　□障がい疑い | | | | | | | | | | | | |
| 備考（申請状況の詳細等） | |  | | | | | | | | | | | | |
| 家族構成 | 氏　名 | | 性別 | 続柄 | 年齢 | 同居別 | | | | | 備　考 | | | |
|  | | 男・女 |  |  | 同・別 | | | | |  | | | |
|  | | 男・女 |  |  | 同・別 | | | | |  | | | |
|  | | 男・女 |  |  | 同・別 | | | | |  | | | |
|  | | 男・女 |  |  | 同・別 | | | | |  | | | |
|  | | 男・女 |  |  | 同・別 | | | | |  | | | |
| 相談の概要 | | | | | | キーパーソン | | | | | | | | |
|  | | | | | | 氏　名 | |  | | | | | 本人との関係 |  |
| 連絡先 | | 〒  電　　話：（　　　　　　）　　　　　－  E-Mail：　　　　　　　　　　＠ | | | | | | |
| これまで相談したことのある支援機関 | | | | | | | | |
| 名　称 | | | 担当（　　　　　　　） | | | | | |
| 連絡先 | | | 電　　話：（　　　　　　）　　　　　－  E-Mail：　　　　　　　　＠ | | | | | |
| 備　考  （キーパーソンや支援機関の対応状況等） | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談内容詳細 | | | | | | |
| 受理形態 | □来所　　□電話　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 生活歴・職歴 | （健康状態、知的／発達障がい、精神疾患（うつ等）、アルコール関連問題、薬物、ギャンブル、対人関係、等） | | | | | |
| 心身・判断能力 | （健康状態、知的／発達障がい、精神疾患（うつ等）、アルコール関連問題、薬物、ギャンブル、対人関係、等） | | | | | |
| 暮らしの基盤 | （収入、各種制度、公共料金、債務整理の状況など） | | | | | |
| 毎日の暮らしぶり・  生活動線 | （※　家事、育児、家族関係、近所づきあい、生活動線（室内、近隣、外出状況）等を記載） | | | | | |
| 本人の目指す暮らし | （※　生活の場所、今後の生活の希望、支援を依頼したいこと、支援拒否の理由　等を記載） | | | | | |
| 支援方針 | | | | | | |
| 面接者の判断 | □今回の面接で終了（情報提供・傾聴のみ）  □継続対応（アセスメント面接等）の必要あり  **□他機関につなぐ**  □その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | 緊急対応  の必要性 | * あり * なし |
| 自殺の  危険性 | * あり * 不明 * なし |
| 支援の方針 |  | | | | | |
| 支援計画 | 優先順位 | 解決すべき課題 | 目標 | 支援内容（誰が、何を、いつまでに） | | |
| 1 |  |  |  | | |
| 2 |  |  |  | | |
| 3 |  |  |  | | |
| 判断の根拠  ・対応方針 |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 支援経過 | |
| 月　　日  （　　回目） | ※面接等の状況と支援計画の進捗状況等を記入 |
| 月　　日  （　　回目） | ※面接等の状況と支援計画の進捗状況等を記入 |
| 月　　日  （　　回目） | ※面接等の状況と支援計画の進捗状況等を記入 |
| 月　　日  （　　回目） | ※面接等の状況と支援計画の進捗状況等を記入 |
| 月　　日  （　　回目） | ※面接等の状況と支援計画の進捗状況等を記入 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 達成状況・評価 | | | | |
| 最終記入日 | ※報告期日前の最終支援日  　　　　　月　　　　日作成 | | | |
| 課題の達成状況 | 優先順位 | 計画時の目標 | 達成状況 | 達成度 |
| 1 |  |  | □目標達成  □目標変更が必要  □その他 |
| 2 |  |  | □目標達成  □目標変更が必要  □その他 |
| 3 |  |  | □目標達成  □目標変更が必要  □その他 |
| 本人の満足度 | ※ご本人に10点満点中何点かを回答してもらい、記入  　　　　　　点 | | | |
| 本人の発言 | ※支援に対するご本人の感想・意見を記入 | | | |
| 現金給付の有無と金額・基準 | 給付金額合計　　　　　　　　円  　内訳　　　　　月　　　日：　　　　　　円  　　　　　　　　月　　　日：　　　　　　円  　　　　　　　　月　　　日：　　　　　　円 | | | |
| 給付基準（客観的な基準を作成してください） | | | |
| 残された課題・新たな課題 |  | | | |
| 支援者の最終所感 |  | | | |