

利用相談受付表

受付日 令和 年 月 日

相談手段	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()	相談者名前	様
相談区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()	相談者 連絡先	
計画相談支援者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	相談支援機関名	担当者 様
事業所を何で知ったかをお聞かせ下さい。		<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 基幹センター	
<input type="checkbox"/> 区役所 <input type="checkbox"/> 当事業所利用者 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> その他 ()			

ふりがな		生年月日 ※西暦記入	年 月 日
利用者名前	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
連絡先 (自宅)		連絡先 (携帯)	
住所	〒		
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型		<input type="checkbox"/> 就労定着支援

障害福祉

福祉サービス受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し	有効期限	年 月 日	種別	
障がい者 支援区分	療育手帳 総合判定	精神障害者手帳 障がい等級		身体障がい者手帳 障がい等級	

ADL・認知・疾患・合理的配慮

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要支援	疾患・病気 大きなケガ
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要支援	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要支援	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要支援	
認知	発語	
	数の概念	
	読み・書き	
合理的配慮		

相談内容

--

※ご記入頂いた内容は弊社の個人情報保護方針に基づき利用相談の目的以外にはご使用致しません。
弊社サービス利用に至らなかった場合は弊社規程に基づき処分致します。

※この利用相談受付票は、ご利用相談日及び見学日に必要事項を記入の上持参してきて下さい。
尚、現在“障害福祉サービス受給者証”をお持ちの方は合わせて持参して頂く様お願いします。

就労継続支援B型事業所

指定就労定着支援事業所

事業所番号：2712202270

事業所番号：2714101900

青空 aozora

TEL / 06-6110-5278 FAX / 06-6110-5279 E-mail / info@s-aozora.jp