

# 相談依頼書

鳥取県地域生活定着支援センター

電話 0857-22-6868

FAX 0857-30-5886

メール tottoriteichaku@leaf.ocn.ne.jp

センター記入欄			
ケースNO			
氏名(か)			
生年月日			
初回受付者		担当	

※注意事項をご確認の上、以下太枠内にご記入ください。

1. 依頼者情報		依頼年月日	令和	年	月	日
氏名			所属			
電話番号			FAX			
メール			本人との関係	<input type="checkbox"/> 国選弁護人		
				<input type="checkbox"/> その他		
2. 本人基本情報						
本人イニシャル(名字・名前)			年齢		性別	
住所	都道府県	市町村名(番地は不要)	住居内訳			
			<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 家族・知人宅 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> ホームレス(場所: )			
3. 犯罪について						
罪名						
身柄の所在	<input type="checkbox"/> 身柄(場所: )		逮捕/検挙日	令和	年	月 日
現状	<input type="checkbox"/> 起訴前	勾留満了日	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 起訴済	公判期日	令和	年	月	日
犯罪の概要・動機						
	<input type="checkbox"/> 反社会集団との関係あり					
前科・前歴						
今後の見通し						
4. 依頼者が当センターに希望する福祉的支援						
	<input type="checkbox"/> 本人同意あり <input type="checkbox"/> 更生緊急保護利用の予定あり					

5. 本人の詳しい情報			
<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 認知症が疑われる	<input type="checkbox"/> 要介護認定あり	介護度：
<input type="checkbox"/> 障がい者	<input type="checkbox"/> 療育手帳 等級：		
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 等級：	診断名：	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 等級：	診断名：	
	<input type="checkbox"/> 発達障がいの診断		
<input type="checkbox"/> 障がい疑い	<input type="checkbox"/> 目線が合わない <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 会話や立振舞いにどこか違和感がある <input type="checkbox"/> 質問に対して的外れな回答をする <input type="checkbox"/> 会話の途中で全く違う話をし始める <input type="checkbox"/> 一見難しい言葉を使っているが、言葉の意味をあまり理解していない <input type="checkbox"/> 発言が曖昧で回答に一貫性がない <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> その他：		
家族状況 家族の意向	家族の協力 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 続柄：		
通院先 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>※なしの場合も過去に通院歴があれば記入➡</small>	病院名： 担当医： 病名： 服薬：		
福祉支援者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>※なしの場合もサービス利用歴があれば記入➡</small>	事業所名： 支援者名： サービス種類：		
収入・ 財産状況	<input type="checkbox"/> 就労収入	円/月	就労先：
	<input type="checkbox"/> 年金	円/月	種類：
	<input type="checkbox"/> 生活保護	円/月	実施機関：
	<input type="checkbox"/> 負債あり	円	
	<input type="checkbox"/> 所持金	円	
成育歴(本籍・ 学歴・職歴・施設 利用歴など わかれば) <small>※枠に収まらない場合は 別紙で送付も可</small>			
嗜好	<input type="checkbox"/> 喫煙( 本/日) <input type="checkbox"/> 飲酒( /日) <input type="checkbox"/> ギャンブル(種類： )		
その他			

継続  終了 終了理由：

## 留意事項

### 《依頼時の流れ》

1. 依頼者は、鳥取県地域生活定着支援センター（以下センターと呼ぶ）の「相談依頼書」に相談内容を記入して下さい。
2. 依頼者は、センターに「相談依頼書」の送信について電話連絡して下さい。
  - ◇センター確認・案内事項
  - (1)氏名、生年月日、住所の聞き取り。
  - (2)FAX送信かメール送信か確認。
  - (3)返答日時を目安の案内。
    - ※1ご依頼日から次回のセンター内会議（週2回）にて依頼内容を協議後、返答します。
    - ※2緊急の場合は、その旨お申し出ください。
3. 相談依頼書受け取り後、支援内容検討のために追加情報が必要な場合は、センター担当者が依頼者へ連絡します。
4. センター内会議にて、相談依頼書をもとにセンターが行う支援内容等を検討し、依頼者へ返答します。
  - ※3検討内容によっては、他機関（他支援者等）に、依頼者から連絡をしていただくことがありますので、予めご理解いただきますようお願いいたします。