|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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(ｶﾅ) |  | | |
| 生年月日 |  | | |
| 初回受付者 |  | 担当 |  |

※留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 | | 国選弁護人 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | 持家　家族・知人宅　アパート　公営住宅  入所施設　ホームレス（場所：　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ３．犯罪について | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 罪名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 身柄の所在 | | | 身柄(場所：　　　　　　　) | | | | | | | 逮捕/検挙日　　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | 在宅 |
| 現状 | | | 起訴前 | | | 勾留満了日　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | 起訴猶予見込み　起訴見込み | | | | |
| 起訴済 | | | 公判期日　　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 犯罪の概要  ・動機 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人同意あり　更生緊急保護利用の予定あり | | | | | | | | | | | | | | |

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

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)返答日時の目安の案内。

　　※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。