山口市障がい者基幹相談支援センター　宛

FAX:083-934-4142
E-mail:syougai@city.yamaguchi.lg.jp

主任相談支援専門員相談申込書

※記載例

申込者氏名	所属事業所名
山口　花子	山口市基幹相談支援事業所
連絡先電話番号・E－mail	**相談対応の希望**
TEL：　083－934－●●88 ※連絡がとりやすい時間帯 AM(　　時～　　時) PM(　16　時～　17時) E－mail:	□　同行訪問 ■　助言(面接) □　助言(電話) ■　ケース会議への出席

相談したい内容

相談内容(複数選択可)
□サービス利用　☑家族対応　□医療連携　☑関係機関との連携　□就労　□虐待・権利擁護
□その他(　　)

＊上記の相談内容について具体的に記載してください。

本人と家族の意向が違い、サービス調整が難しい状況です。意思決定支援やサービス提供事業所との役割分担について助言をいただきたい。
必要に応じてケース会議への同席もお願いしたい。

相談したいケースの障がい区分（障がい者・児）				過去の相談歴の有無
障がい者	□知的障がい □身体障がい ■精神障がい □発達障がい □その他	障がい児	□知的障がい □身体障がい □精神障がい □発達障がい □その他	□　相談歴あり(　　年　　月頃) ■　無

備考:
緊急性はありませんが、今月中の相談を希望します。