福祉用具相談シート

相談受付日：　　年　　月　　日（　　）　　対応者名：

<table>
<tr><td rowspan="4">相談者</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>利用者との関係</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">連絡先</td><td colspan="2" rowspan="3"></td><td>TEL</td><td></td></tr>
<tr><td>FAX</td><td></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">利用者</td><td colspan="2">氏名(イニシャル)</td><td></td><td>性　別</td><td>男性・女性</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2">市・町・村</td><td>現在の状況</td><td>自宅・病院・施設</td></tr>
<tr><td>傷病名
障害名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日
年　齢</td><td>年　月　日
歳</td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者手帳</td><td>無・有＿＿級</td><td>要介護認定</td><td>未・済＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>相談内容</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>