

相談情報シート

 新規 継続

(記入日) 令和 年 月 日

❖ 相談に来られた方について（ご本人の場合は省略）

フリガナ		対象者との関係
お名前		
住 所	〒	連絡先 TEL

❖ 相談の対象となる方について（可能な範囲で記入ください）

フリガナ		性 別	生年月日
お名前			年 月 日 (歳)
住 所	〒	連絡先 TEL	
発達障害の診断		その他の診断	
<input type="checkbox"/> あり (診断名) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり (診断名) <input type="checkbox"/> なし	
手 帳		年 金	
<input type="checkbox"/> あり (手帳種) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり (年金種) <input type="checkbox"/> なし	
医療機関の受診		服薬状況	
<input type="checkbox"/> あり (医療機関名) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり (薬名) <input type="checkbox"/> なし	
所属されている園や学校、勤務先、利用されている事業所など		利用されている相談窓口・機関（まっぶ以外）	
<input type="checkbox"/> あり (所属先) <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり (機関名) <input type="checkbox"/> なし	

❖ ご相談について

相談内容

❖ 個人情報の取扱いについて（ご確認ください）

山口県発達障害者支援センターまっぷ（以下「当センター」）では、発達障害者支援法の一部を改正する法律（平成28年8月1日施行）に基づき、支援を適切かつ効果的に行うため、関係機関と連携することが必要不可欠であると考えております。そのため、相談内容によっては、相談情報シートの情報、その他個人情報について、ご本人の同意のもと、関係機関に提供させていただくことがあります。

ただし、緊急性があるところが判断した場合（例：命の危険性がある、触法行為など）は、上記に係わらず、関係機関に連絡させていただくことがありますので、よろしくご理解をお願いいたします。なお、当センターで取得した個人情報の保管管理につきましては、山口市個人情報保護条例、社会福祉法人ひらきの里個人情報保護方針に基づいた取り扱いとさせていただきます。

【上記について、同意します】

令和 年 月 日

（同意者名）

（本人との続柄）