

対象者 氏名： _____ 様 連絡先： _____
性別： 男 女 / 年齢 _____ 歳 / 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所（東部・中部・西部・県外）： _____

相談者 家族（続柄： _____）・本人・関係者→相談経路：医療機関・保健所・市町村・ホームページ・その他
_____ 様 連絡先： _____
⇒関係者の場合 所属機関： _____ 職種： _____

相談内容 1. 相談のみ 2. 通院希望 3. 入院希望 4. その他 【電話・面接】
同意の有無 本人：あり なし / 同居の家族：あり なし / その他（ _____ ）：あり なし
困り事と相談契機： _____

▶精神症状 なし あり：不安・焦燥 抑うつ 不眠 自殺念慮 幻覚・妄想 記憶・見当識障害 その他
▶社会的問題 なし あり：家庭内不和 暴言 暴力 借金 横領 失業 飲酒運転 その他
▶身体合併症 なし あり：肝障害 糖尿病 高血圧 膵炎 食思不振 末梢神経障害 外傷 その他
医療機関名： _____ 治療期間 _____ ~ _____
▶精神科治療歴 なし あり：病名： _____ / 依存症（AI ギャンブル 薬物 その他： _____）
医療機関名： _____ 治療期間 _____ ~ _____
▶紹介状 なし あり（機関名： _____）

相談受付日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（相談時間：AM・PM _____ : _____）相談対応者： _____

詳細な相談内容（夜間帯の相談は別とし、電話等で受付時の初回相談内容をこの欄に記載します）

相談支援の概要（介入・受診 出前講座 連携業務 その他： _____）

相談後の経過

【アルコール・薬物・ギャンブル等 依存症相談シート（相談支援コーディネーター調査票）】 継続相談

相談支援日： 年 月 日 （相談時間：AM・PM : ） 相談対応者： _____

相談者 家族（続柄： ）・本人・その他関係者（ ） 【電話・面接】

詳細な相談内容

相談支援の概要（CRAFT HAPPY SAT-G テキスト使用 連携先の紹介 その他： ）

相談後の経過

※**CRAFT**（コミュニティ強化法と家族トレーニング）：ここでの「コミュニティ」は、本人を取り巻く環境のことで、治療を受け入れやすい環境を作り、自らが治療回復に向かうのを支援します。大きなポイントは家族間の安全を大切にしながらコミュニケーションを変えることです。

HAPPY（肥前式アルコール関連問題早期介入プログラム）：主として多量飲酒者の 飲酒量低減を支援し、アルコール使用障害の疑いのある方を専門医療機関の受診につなげることを目指します。

SAT-G（島根ギャンブル障がい回復トレーニングプログラム）：ギャンブル等にたよらない生活を取り戻すことを目指したプログラムです。主に「自身のギャンブル等の問題の整理」「ギャンブル等依存症の理解」「ギャンブル等の再開防止に向けた具体的対処と今後への備え」についてワークブックを用いて学びます。