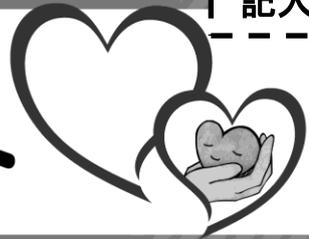


～あなたの悩みを安心へ～

# 「つなぐ」シート



相談申込・受付票

ID		※初回 相談受付日	令和 年 月 日	受付者	
----	--	--------------	----------	-----	--

■基本情報 ※太枠欄は必ずご記入ください。

相談支援の検討・実施等にあたり、私の相談内容を必要となる関係機関(者)と情報共有し、保管・集約することに同意します。				相談者に他の窓口と相談内容、個人情報を共有してよいかの確認・同意のうえ署名していただきます。	
				署名欄	
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他		
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 -				
電話	自宅		携帯		
来談者 注)ご本人 以外の場合 に記入してく ださい。	氏名		ご本人と の関係	<input type="checkbox"/> 家族(本人との続柄: ) <input type="checkbox"/> その他( )	
	住所				
	電話 (自宅)		電話 (携帯)		

■ご相談の内容(お困りのこと)

※ご相談されたい内容に○をおつけください。ご相談されたいことが複数の場合は、全て○をし、一番お困りのことには◎をおつけください。

仕事探し、就職について	収入・生活費のこと	仕事上の不安やトラブル
家賃やローンの支払いのこと	税金や公共料金等の支払いについて	債務について
資金の貸付について	住まいについて	病気や健康に関すること
こころの問題に関すること	食べるものがない	家計全般に関すること
介護に関すること	子育てに関すること	ひきこもり・不登校
家族関係・人間関係	地域との関係について	DV・虐待について
その他( )		

※ご相談されたいことを具体的に書いてください。ご支援にあたっての希望もあればお書きください。

(初回相談受) 相談を受けた窓口部署、担当者名を記入します。

自殺念慮の心配があると察知した場合は、担当者名を○で囲みます。

相談内容・概要	相談受付日 月 日 ( ) 部署名	担当者 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">●●</span>
	※初回部署は記入不要	
	相談済の部署 <input type="checkbox"/> 仕事 ( ) <input type="checkbox"/> 多重債務 ( ) <input type="checkbox"/> 健康・生活 ( ) <input type="checkbox"/> 介護 ( ) <input type="checkbox"/> 子育て ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">         相談者から聞き取った主訴について整理し記入します。主観的な感想などは記入しないでください。       </div>		
<今回の対応> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">         相談に対してどのような対応をしたかの概要や、必要と思われる連携先、相談の終結の仕方などを記入します。       </div>		
当課の継続相談 有・無 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">         区の部署と連携するが、今後も当所で相談を継続していくか、今回で終了するかをチェックします。       </div>		



※他の部署への相談が必要な場合のみ次頁へ

相談が必要と 思われる部署	<input type="checkbox"/> 仕事 ( )	<input type="checkbox"/> 多重債務 ( )	<input type="checkbox"/> 健康・生活 ( )
	<input type="checkbox"/> 介護 ( )	<input type="checkbox"/> 子育て ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

相談内容により、いくつかの区の他部署と相談した方が望ましいと思われる場合に、紹介先部署名にチェックまたは担当部署名を記入します。

紹介先①	予約日時		同行 有・無
		課 係 担当者	館 階
	名称 住所	上記のうち、優先度の高い相談先を1つ記入します。紹介先に連絡または同行などの案内をします。	担当者 電話番号

相談内容概要	相談受付日 月 日 ( ) 部署名	担当者
	相談済の部署 <input type="checkbox"/> 仕事 ( ) <input type="checkbox"/> 多重債務 ( ) <input type="checkbox"/> 生活 ( )	
	<input type="checkbox"/> 介護 ( ) <input type="checkbox"/> 子育て ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<今回の対応> 当課の継続相談 有・無	

(福祉まるごと相談課回付日 年 月 日)

相談が必要と 思われる部署	<input type="checkbox"/> 仕事 ( )	<input type="checkbox"/> 多重債務 ( )	<input type="checkbox"/> 健康・生活 ( )
	<input type="checkbox"/> 介護 ( )	<input type="checkbox"/> 子育て ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

紹介先②	予約日時		同行 有・無
		課 係 担当者	館 階
	名称 住所		担当者 電話番号

相談内容概要	相談受付日 月 日 ( ) 部署名	担当者
	相談済の部署 <input type="checkbox"/> 仕事 ( ) <input type="checkbox"/> 多重債務 ( ) <input type="checkbox"/> 生活 ( )	
	<input type="checkbox"/> 介護 ( ) <input type="checkbox"/> 子育て ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<今回の対応> 当課の継続相談 有・無	

(福祉まるごと相談課回付日 年 月 日)