

～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、個人情報と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	□男性 □女性 □その他	
氏名			生年月日	□大正 □昭和 □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	□家族(本人との続柄:) □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。

相談受付日	月	日	()	部署名	担当者	<input checked="" type="radio"/>
-------	---	---	-----	-----	-----	----------------------------------

※初回部署は記入不要

相談済の部署 仕事 () 多重債務 () 健康・生活 ()

介護 () 子育て () その他 ()

相談内容・概要

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。

<今回の対応>

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。

当課の継続相談 有・無

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。



※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		上記のうち、優先度の高い相談先を1つ記入します。	同行 有・無
		課	係 担当者	館 階
	名称	担当者		
	住所	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

(くらしとしごとの相談センター回付日 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	担当者	
	住所	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

(くらしとしごとの相談センター回付日 年 月 日)