

～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。

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。

--

(初回相談受付部署)

相談内容・概要	相談受付日 月 日 () 部署名	担当者
	※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 ()	
<今回の対応>		
当課の継続相談 有・無		



※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 ()



紹介先①	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	

(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	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	

(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 ③	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	

(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 ④	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"/> 健康・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)