

つながるシート

(兼 多機関協働事業申込書)

相談申込票 (相談者記入)

■基本情報

年 月 日

相談 対象 者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> ()		
	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所					
	電話	自宅		携帯		
相談者 (ご本人以外 の場合)	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名		相談対象者 との関係	<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄:)		
	住所	〒				
	電話	自宅		携帯		
相談支援にあたり、個人情報を含む相談内容を必要となる関係機関 (者) と共有することに同意します。						
署名						

■ご相談内容

相談したい内容に○をおつけください。
複数ある場合は、全てに○をつけ、一番お困りのことには◎をおつけください。

<input type="checkbox"/>	病気や健康に関すること	<input type="checkbox"/>	心の悩み	<input type="checkbox"/>	障がいについて
<input type="checkbox"/>	ひきこもりについて	<input type="checkbox"/>	子育てについて	<input type="checkbox"/>	介護について
<input type="checkbox"/>	仕事探し、就職のこと	<input type="checkbox"/>	収入・生活費のこと	<input type="checkbox"/>	仕事上の不安やトラブル
<input type="checkbox"/>	家賃やローンの支払いのこと	<input type="checkbox"/>	税金等の支払いについて	<input type="checkbox"/>	借金について
<input type="checkbox"/>	資金の貸付について	<input type="checkbox"/>	住まいについて	<input type="checkbox"/>	家計全般に関すること
<input type="checkbox"/>	その他 ()				

具体的な相談内容を書いてください。ご支援にあたっての希望もあればお書きください。

今まで相談された機関や関わった機関があればお書きください。

■家族構成 (相談対象者以外に、相談したい世帯員がいる場合は○を付けてください。)

氏名	続柄	年齢		氏名	続柄	年齢	

* 既存のインテークシート、アセスメントシート等を必ず添付して情報提供してください。
 添付しない場合は、下記の内容をご記入ください。

相談記録票（対応者記入）

初 回	相談受付日時	年 月	担当者
	機関名		電話
<本人・世帯の状況>			<家族構成>
<これまでの相談内容（主訴）>			<家族の状況>
<頼れる方はいるか> いる ・ いない			<いる場合> 氏名： 関係：
<これまでの対応>			