

「相談をつなぐシート」

【基本情報】

対象者	ふりがな					
	氏名					
	生年月日		年齢	歳	性別	□男 □女
	住所	〒 -				
	電話	自宅	() -	携帯	() -	
	メール					
来談者 ※ご本人以外 の場合	氏名			来談者のご本人との関係	□家族 (本人との続柄)	
	電話	() -			□その他 ()	

【ご相談内容】

ご相談されたい内容に○をおつけください。

※複数ある場合は一番のお困りごとに◎をおつけください。

病気や健康について	心の悩み	障がいについて
介護について	子育てについて	ひきこもりについて
税金や公共料金の支払いについて	生活費・家計について	債務について
消費生活相談	DV・虐待	成年後見・権利擁護について
教育について	就労について	その他 ()

【相談の内容を具体的に記入ください】

【連絡方法】

※相談支援機関から連絡しますので、必ず連絡の方法を記入ください。

□自宅電話	□携帯電話	□その他 ()
連絡希望時間帯 □あり (時頃) □なし		

【ご本人の同意をお願いします】

相談支援にあたり、このシートを必要となる関係機関（者）と共有することに同意します。

令和 年 月 日 本人署名

（備考）相談内容の状況により、本人の同意が得られない場合は、その理由を記入ください。

(初回相談受付)

相 談 内 容 ・ 概 要	相談受付日 月 日 () 受付者 連絡先 ()	
	(本人の状況)	(家族構成図)
	(相談の主訴)	(家族の状況)
	頼れる方はいらっしゃいますか。 いる ・ いない	(いる場合) 氏名 関係
	<今回の対応>	

※上記に記入出来ない場合は、別紙（任意様式）で結構です。



【相談のつなぎ先】

受付日：令和 年 月 日	連絡先：
所属： 氏名：	
相談の対応：	



【相談のつなぎ先】

受付日：令和 年 月 日	連絡先：
所属： 氏名：	
相談の対応：	

相談支援の経過報告（支援の結果及び変化を地域福祉班へ報告ください）

【相談者基本情報】

氏名	
住所	
生年月日	

【報告者】

報告日	
所属	
氏名	
連絡先	

状況報告

（This area is intentionally left blank for reporting the status of the consultation support.）

結果	継続	終結
----	----	----

備考

（This area is intentionally left blank for additional notes or remarks.）