

# つなぐシート

廿日市市 verR3.7



相談受付日	令和 年 月 日	受付者	所属名： 氏名：
-------	----------	-----	-------------

## ■基本情報

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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 —		
電話	( ) —	携帯	
メール			
相談に来た人			
ふりがな		本人との 関係	<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄： )
氏名			<input type="checkbox"/> その他 ( )
住所	〒 —		
電話	( ) —	携帯	
メール			
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。			

## ■相談内容・つなぎたい情報

※当てはまるものに○をつけてください。複数ある場合はすべて○をつけ、一番困っていることに◎をつけてください。

<input type="checkbox"/>	仕事探し、就職	<input type="checkbox"/>	収入・生活費	<input type="checkbox"/>	仕事上の不安やトラブル
<input type="checkbox"/>	家賃やローン支払い	<input type="checkbox"/>	税金、公共料金等の支払い	<input type="checkbox"/>	債務
<input type="checkbox"/>	資金の貸し付け	<input type="checkbox"/>	住まい	<input type="checkbox"/>	病気や健康
<input type="checkbox"/>	こころの問題	<input type="checkbox"/>	食べるもの	<input type="checkbox"/>	家計全般
<input type="checkbox"/>	介護	<input type="checkbox"/>	子育て	<input type="checkbox"/>	ひきこもり・不登校
<input type="checkbox"/>	家族関係・人間関係	<input type="checkbox"/>	地域との関係	<input type="checkbox"/>	DV・虐待
<input type="checkbox"/>	地域情報	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	<input type="checkbox"/>	

■相談内容・つなぎたい情報の詳細

**【既に共有した所属等】**

- 福祉総務課 生活福祉課 障害福祉課 こども課 子育て応援室 高齢介護課  
地域包括支援センター 健康推進課  
地域政策課 学校教育課 こども相談室  
市社会福祉協議会 障がい福祉相談センターきらりあ はつかいち生活支援センター  
その他（ )

**【今回の対応】**