

# つなぐシート

廿日市市 verR3.9



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： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
氏名 (代表者)			
住所	〒 —		
電話	( ) —	携帯	
メール			
ふりがな		本人との 関係	<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
氏名			
ふりがな		本人との 関係	<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
氏名			
ふりがな		本人との 関係	<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
氏名			
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。

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

**■相談内容・つなぎたい情報の詳細**

**【今回の対応】**

**【共有した所属等】**

- 健康福祉総務課   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（○○←地域を）
- 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（ ）