

「つなぐ」シート 山梨県版



甲州市 重層的支援体制整備対応改版

初回相談受付日		受付者	
---------	--	-----	--

■基本情報 ※太枠欄は必ずご記入ください。

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> ()
氏名				生年月日	西暦	年	月 日
住所	〒 -						
電話	自宅	() -	携帯	- -			
メール							
来談者 ※ご本人以外 の場合	氏名			来談者との 関係	<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄:)		
	電話	() -			<input type="checkbox"/> その他 ()		

■ご相談内容 (お困りのこと)

ご相談されたい内容に○をおつけ下さい。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をおつけ下さい。					
<input type="checkbox"/>	仕事探し、就職について	<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"/>	税金や公共料金等の支払いについて	<input type="checkbox"/>	債務について
<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"/>	病気や健康に関すること
<input type="checkbox"/>	こころの問題に関すること	<input type="checkbox"/>	食べるものがない	<input type="checkbox"/>	家計全般に関すること
<input type="checkbox"/>	介護に関すること	<input type="checkbox"/>	子育てに関すること	<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"/>	地域との関係について	<input type="checkbox"/>	DV・虐待について
<input type="checkbox"/>	その他 ()				
ご相談されたいことや配慮を希望されることを具体的に書いてください。					

■ 相談申込欄 (個人情報同意)

(あて先) _____

当機関の支援の提供、関係機関(者)と連絡及び調整などの業務遂行並びに利用目的の達成に必要な範囲に限り、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。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人署名 _____

受付部署	課	相談 受付日	西暦	年	月	日	受付者	
	担当				連絡先			
※相談経路						名称		

※初回受付機関が別機関に紹介された場合に記入

■相談内容の概要（初回受付機関が記入）

相談区分	<input type="checkbox"/> 来所	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> その他	初回受付機関の相談歴	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 相談歴あり
相談済	<input type="checkbox"/> 仕事	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> 子育て	<input type="checkbox"/> 健康/生活	<input type="checkbox"/> 生活費	その他（ ）	
相談内容・相談者の様子等							
今回の対応							
初回受付機関の相談継続	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無					



■他関係機関へのつながりが必要だと考える部署（初回受付機関が記入）

他機関へのつながりを求める部門に○。複数ある場合は、一番必要な部門に◎					
<input type="checkbox"/>	生活困窮部署	<input type="checkbox"/>	保健部署	<input type="checkbox"/>	医療関係部署
<input type="checkbox"/>	障害部署	<input type="checkbox"/>	教育部署	<input type="checkbox"/>	ひきこもり関係部署
<input type="checkbox"/>	高齢部署	<input type="checkbox"/>	税務部署	<input type="checkbox"/>	権利擁護部署
<input type="checkbox"/>	部署子ども	<input type="checkbox"/>	国保・年金部署	<input type="checkbox"/>	司法関係部署
<input type="checkbox"/>	生活保護部署	<input type="checkbox"/>	住宅部署	<input type="checkbox"/>	その他の関係部署
<input type="checkbox"/>	その他（ ）				
具体的に					