

～あなたのお悩み受け止めます～



つなぐシート



基本情報

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 左記以外	
氏名		生年月日	() 歳	
住所	〒 _____ 文京区			
電話	自宅		携帯	
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（本人との関係： _____）

家族 構 成	氏名	年齢	続柄	備考

ご相談内容

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"/>	病気や健康、障害のこと	<input type="checkbox"/>	住まいについて	<input type="checkbox"/>	収入・生活費のこと
<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"/>	仕事探し、就職について	<input type="checkbox"/>	仕事上の不安やトラブル	<input type="checkbox"/>	地域との関係について
<input type="checkbox"/>	家族との関係について	<input type="checkbox"/>	子育てのこと	<input type="checkbox"/>	介護のこと
<input type="checkbox"/>	ひきこもり・不登校	<input type="checkbox"/>	DV・虐待	<input type="checkbox"/>	食べるものがない
<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。

--

※つなぐシートは福祉政策課にてとりまとめています。

多機関連携シート

初回相談受付機関記入欄

受付番号	(事務局記入)	初回相談受付日	
受付機関・受付者		受付者連絡先	
緊急の必要性	<input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> その他：() } <input type="checkbox"/> 無		
シート利用目的	<input type="checkbox"/> まるごと支援会議（重層的支援会議/支援会議）へつなぐ <input type="checkbox"/> 関係機関へつなぐ		
備考			

今回の対応			
	当課の継続相談	有	無
	福祉政策課回付日 月 日		

紹介先①	受付日		同行者	
	部署 担当者		担当者 連絡先	
相談内容				
今回の対応				
	当課の継続相談	有	無	
	福祉政策課回付日 月 日			

紹介先②	受付日		同行者	
	部署 担当者		担当者 連絡先	
相談内容				
今回の対応				
	当課の継続相談	有	無	
	福祉政策課回付日 月 日			