**相談記録票**

**取扱注意**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **■基本情報　当事者（ご本人）　※当事者が特定できない場合はその旨を記載してください。** | | | | | | | |
| ふりがな | | |  | | | 性　別 | □男　　　□女　　　□（　　　　　　　　　　） |
| 氏　名 | | |  | | | 生年月日 | □昭和　　□平成　　□西暦  年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 住　所 | | | （〒　　　－　　　　）　宮古市 | | | | |
| 連絡先 | | | （自宅） | | | （携帯）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人への電話　可 ・ 否） | |
| （メール） | | | | |
| **■相談者（窓口にいらした方、電話をいただいた方が当事者と別の方の場合記載）** | | | | | | | |
| 相談者 | | | 氏　名 |  | | 当事者との関係 | □家族　(当事者本人との続柄：　　　　　　）  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住　所 | （〒　　　－　　　　）　宮古市 | | | |
| 連絡先 | （自宅） | | （携帯）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人への電話　可 ・ 否） | |
| （メール） | | | |
| **■相談内容** | | | | | | | |
| 相談内容 | 受付日 | | | □令和　□西暦　　　　　　年　　月　　日　（　　）　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 | | | |
| 受付区分 | | | 来訪　・　電話　・　メール　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 受付機関・部署 | | |  | | | |
| 受付担当者名 | | |  | | | |
| 【相談内容】  〇当事者の相談されたいこと。配慮等希望されること。（具体的に記載願います。）  〇上記の相談内容の中で一番の困りごと。  〇相談歴等（他の機関に相談されたことがある場合に記載願います。） | | | | | | |

**■すべての相談内容に〇をつける**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | １．病気や健康、障がいのこと |  | ２．住まいについて |  | ３．収入・生活費のこと |
|  | 4．家賃やローンの支払いのこと |  | 5．税金や公共料金等の支払について |  | ６．債務について |
|  | ７．仕事探し、就職について |  | ８．仕事上の不安やトラブル |  | ９．地域との関係について |
|  | １０．家族との関係について |  | １１．子育てのこと |  | １２．介護のこと |
|  | １３．ひきこもり・不登校 |  | １４．DV・虐待 |  | 1５．食べるものがない |
|  | １６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

**■事業利用申込み欄　（注）以下の事業利用を申し込む場合のみ同意が必要です。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **様（相談受付機関の長）**  **上記の相談内容について、**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **多機関協働事業** |  | **参加支援事業** |  | **アウトリーチ等事業** |   **の利用を申し込みます。** 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(注)利用を申し込む事業に〇をしてください  **また、相談支援にあたり必要となる関係機関（者）と情報共有することに同意します。**  **なお、同意にあたっては、別紙の「個人情報に関する管理・取扱について」の説明を受けました。** | |
| 説明を受けた日  □令和　　□西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 本人署名又は記名押印 |

**……………………………………ここからは、福祉課担当者が記載いたします。……………………………**

**■課題・対応**

|  |  |
| --- | --- |
| 〇課題 | 〇対応  □支援会議を利用  □重層的支援会議を利用  　□多機関協働事業を利用  　□参加支援事業を利用  　□アウトリーチ等事業を利用  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  補足説明 |

**■連携が必要と思われる関係先**

連携先①：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当：　　　　　　　　　　　）

（必要な内容等）

連携先②：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当：　　　　　　　　　　　）

（必要な内容等）

連携先③：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当：　　　　　　　　　　　）

（必要な内容等）

連携先④：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当：　　　　　　　　　　　）

（必要な内容等）

**■対応状況・連携先等からの情報（随時更新）**

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 対応等 |