

相談記録票

■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 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td></tr><tr><td>氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td><input type="/> 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】 ○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。)	
	○上記の相談内容の中で一番の困りごと。	
○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○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○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・取扱いについて」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

○課題	○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)

