～支え合いながら すべての市民がいきいきと心豊かに 安心して暮らせる共生のまち ふくやま～

「つながる」シート

～このシートの使い方～

シートの問合せ先：

福山市保健福祉局 福祉部 福祉総務課 支援調整担当

TEL　084-928-1061

ご相談者の方へ

　このシートは，あなたの相談したいことや困っていることを記入することで，あなたに必要な支援がスムーズに行われるようにするものです。

困りごとの相談は，関係する機関が複数になることがあります。次の相談先へ確実に相談内容を伝えるために，ご利用ください。

あなたの同意なしに，情報を共有することはありませんので安心してください。

関係部署（相談窓口）・関係機関のみなさまへ

　「つながる」シートは，ご相談者の方が所持するものです。

　各関係機関におかれましては，趣旨をご理解いただき，活用してください。

※個人情報の取り扱いには，十分留意してください。

相談票（**相談者**が記入してください）

（様式１）

年　　月　　日

**お困りのこと（ご相談の内容）**

**■ご相談内容全てに〇をつけてください。**

一番困っていることに◎をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 病気や健康，障がいのこと |  | 住まいについて |  | 収入・生活費のこと |
|  | 家賃やローンの支払いのこと |  | 税金や公共料金などの支払いについて |  | 債務について |
|  | 仕事探し，就職について |  | 仕事上の不安やトラブル |  | 地域との関係について |
|  | 家族との関係について |  | 子育てのこと |  | 介護のこと |
|  | ひきこもり・不登校 |  | DV・虐待 |  | 食べるものがない |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

■**ご相談されたいことを具体的に書いてください。**

支援にあたっての希望も書いてください。

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | | **性別** | | * 男 □ 女　□（　　　　） |
| **名　前** |  | | **生年月日** | | □大正　□昭和　□平成　□令和□西暦  年　　月　　日　　歳 |
| **住　所** | 〒　　　－ | | | | |
| **電　話** | 自宅 |  | 携帯 |  | |
| 来談者  注）ご本人以外の場合，記入してください。 | 名前 |  | ご本人との関係 | □家族（本人との続柄：　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　） | |
| 住所 |  | | | |
| 電話  (自宅) |  | 電話  (携帯) |  | |

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。　※ご了承される場合，チェックしてください。☑

同意する　□　　　　同意しない　□

相談記録（**相談受付者**が記入してください。）

（様式２）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談内容・概要 | 相談受付日 | 月　　　日（　　） | 部署名：　　　　　　　　　　担当者： | |
| 相談済の部署　　　□ 仕事（　　　　）□ 多重債務（　　　　）□ 健康・生活（　　　　）  ※初回は記入不要　 □ 介護（　　　　）□ 子育て（　　　　）　□ その他（　　　　） | | | |
| □ 別紙のとおり　　□ 次のとおり | | | 家族関係図（ジェノグラム） |
| ＜対応＞  当課の継続　有・無 | | | |

|  |
| --- |
| ＜他の相談先の紹介＞　連絡先☎ |

※次の相談先を紹介する場合は，原本を本人が所持し，写しを所管課が保管してください。