

記入例

～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～

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。

シートの間合せ先：

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

相談票 (相談者が記入してください)

0000年 0月 0日

お困りのこと (ご相談の内容)

■ご相談内容全てに○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。

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

・〇〇〇の〇〇について, どこに相談すればよいかわからない。

ふりがな	〇〇〇 〇〇〇〇	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ()
名前	〇〇 〇〇〇	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇歳
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福山市〇〇町〇番〇号		
電話	自宅 〇〇〇-〇〇〇〇	携帯	
来談者	名前	ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄:) <input type="checkbox"/> その他 ()
注)ご本人以外 の場合, 記入し てください。	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。)

相談内容・概要	相談受付日	〇〇月 〇〇日 (〇)	部署名: 〇〇〇課	担当者: 〇〇・〇〇
	相談済の部署	<input type="checkbox"/> 仕事 () <input type="checkbox"/> 多重債務 () <input type="checkbox"/> 健康・生活 () ※初回は記入不要 <input type="checkbox"/> 介護 () <input type="checkbox"/> 子育て () <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 次のとおり ・主世帯は、相談者と子2人及び相談者の父との4人暮らし。相談者の収入と父の年金により生活。 ・相談者は、〇月末に同僚との折り合いが悪くなり離職。同様な理由で就職・離職を繰り返している。現在、雇用保険を受給しながらハローワークで求職活動中。〇〇心療内科へ通院中 ・市税、家賃の滞納あり。ライフラインは滞納なし。 ・子: 〇〇 (歳) は、中卒。小学校〇年から不登校。現在、〇歳。自室からでることはない。 ・子: 〇〇 (歳) は、中学〇年生。進学か就労か進路に悩んでいる。 ・父: 〇〇 (歳) は、膝関節症や骨粗しょう症などにより、歩行に支障あり、外出に消極的である。以前は、社交的であった。 ・家族全体への支援が必要 (就労, 引きこもり, 経済的不安定, 子育てに対する不安)	家族関係図 (ジェノグラム) 		
<対応> ・相談者の手帳更新のため来所。 ・手帳更新手続きの際に、生活での困りごとについて話された。 ・同行を希望され、本日連携先へ 本人同意 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 当課の継続 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ・手帳の交付に対応				

<他の相談先の紹介> 連絡先 ☎

- ・〇〇〇センター (〇〇〇課) 〇〇支援員 TEL000-0000。

※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。

相談記録 (相談受付者が記入してください。)

相談内容・概要	相談受付日	00月 00日 (0)	部署名: 000センター	担当者: 00・00
	相談済の部署	<input type="checkbox"/> 仕事 () <input type="checkbox"/> 多重債務 () <input type="checkbox"/> 健康・生活 () <input type="checkbox"/> 介護 () <input type="checkbox"/> 子育て () <input checked="" type="checkbox"/> その他 (000課)		
	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 次のとおり ・生活困窮者自立支援制度について説明。事業参加の意思あり。 ・相談者に兄弟姉妹はおらず、頼れる身内はいない。 ・相談者の収入は、00万円・父の年金は月額0万円 ・子00の将来が不安であり、どのように接して良いのかわからないとのこと。 ・子00は、進路について、悩んでいる様子。保護者として何をすればよいかかわからない様子。	家族関係図 (ジェノグラム)		
	<対応> ・市税、家賃滞納について、担当課へ同行訪問し、分割納付相談を行った。 ・相談者の就労支援について、ハローワークとの連携事業を活用。併せて、住居確保給付金の制度利用を行う。 ・子00のひきこもりについて相談窓口「000」のパンフレットを手交。 本人同意 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 当課の継続 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ・相談者は、頼れる相談者がいない			
<他の相談先の紹介> 連絡先 ☎ ・000 (000課) 00保健師 TEL000-0000 に後日、相談。				

※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。