

～支え合いながら すべての市民がいいきと心豊かに 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)

年 月 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。

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ()
名前		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 年 月 日 歳
住所	〒 -		
電話	自宅	携帯	
来談者 <small>注)ご本人以外の場合、記入してください。</small>	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 ()
	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	月 日 ()	部署名:	担当者:
	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 type="checkbox"/> 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。