

# 相談つなぐシート

|     |       |      |         |
|-----|-------|------|---------|
| 受付日 | 年 月 日 | 受付機関 | (受付者: ) |
|-----|-------|------|---------|

|                      |      |              |    |                 |                                       |
|----------------------|------|--------------|----|-----------------|---------------------------------------|
| 対象者                  | ふりがな |              |    |                 |                                       |
|                      | 氏名   | (男・女)        |    |                 |                                       |
|                      | 生年月日 | 年 月 日        | 年齢 | 歳               |                                       |
|                      | 住所   | 〒886-<br>小林市 |    |                 |                                       |
|                      | 電話   | —            | 携帯 | — —             |                                       |
| 相談者<br>※ご本人以外<br>の場合 | 氏名   |              |    | 対象者<br>との<br>関係 | <input type="checkbox"/> 家族<br>(続柄: ) |
|                      | 電話   | — —          |    |                 | <input type="checkbox"/> その他<br>( )   |

◇ご相談したいことに○をお付け下さい。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をお付け下さい。

|                          |               |                          |              |                          |           |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 病気や健康、障がいのこと  | <input type="checkbox"/> | 住まいについて      | <input type="checkbox"/> | 収入・生活費のこと |
| <input type="checkbox"/> | 家賃やローンの支払いのこと | <input type="checkbox"/> | 税金や公共料金等の支払い | <input type="checkbox"/> | 債務について    |
| <input type="checkbox"/> | 仕事探し、就職について   | <input type="checkbox"/> | 仕事上の不安やトラブル  | <input type="checkbox"/> | 子育てのこと    |
| <input type="checkbox"/> | 家族との関係について    | <input type="checkbox"/> | 地域との関係について   | <input type="checkbox"/> | 介護のこと     |
| <input type="checkbox"/> | ひきこもり・不登校     | <input type="checkbox"/> | DV・虐待        | <input type="checkbox"/> | その他 ( )   |

◇ご相談されたいことや、配慮を希望されることを具体的に書いてください。

## ◇相談申し込み欄

上記の相談内容等について、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。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「重層的支援体制整備事業 個人情報に関する説明書」について説明を受けました。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 本人署名\_\_\_\_\_

◇世帯の状況

| 世帯構成 |      |    |    | ジェノグラム |
|------|------|----|----|--------|
| 氏名   | 生年月日 | 続柄 | 備考 |        |
|      |      |    |    |        |
|      |      |    |    |        |
|      |      |    |    |        |
|      |      |    |    |        |
|      |      |    |    |        |
|      |      |    |    |        |

◇現在利用しているサービス・機関

| 利用サービス | 担当機関名 | 担当者名 |
|--------|-------|------|
|        |       |      |
|        |       |      |
|        |       |      |
|        |       |      |

| 対応内容             |
|------------------|
| <p>ため につなぎます</p> |

|           |      |
|-----------|------|
| 相談つなぐ先    | 機関名： |
| 受付日 年 月 日 | 対応者： |

|           |      |
|-----------|------|
| 相談つなぐ先    | 機関名： |
| 受付日 年 月 日 | 対応者： |

# 相談つなぐシート

記入例1 内容：初回相談後、関係機関と連携するとき

|     |            |      |                       |
|-----|------------|------|-----------------------|
| 受付日 | 令和〇年 ×月 △日 | 受付機関 | 〇〇相談センター<br>(受付者：田中 ) |
|-----|------------|------|-----------------------|

|                      |      |  |                 |  |
|----------------------|------|--|-----------------|--|
| 対象者                  | ふりがな | こばやし はなこ                                     |                 |  |
|                      | 氏名   | 小林花子 (男・ <input checked="" type="radio"/> 女) |                 |  |
|                      | 生年月日 | 昭和〇年 〇月 〇日                                   | 年齢              | 50歳  |
|                      | 住所   | 〒886-0004<br>小林市細野 ×× 番地 △△アパート 〇号           |                 |  |
|                      | 電話   | 23-0000                                      | 携帯              | 090-××××-△△△△                                      |
| 相談者<br>※ご本人以外<br>の場合 | 氏名   | 小林正  | 対象者<br>との<br>関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 家族<br>(続柄： 父 ) |
|                      | 電話   | 0984-23-0000                                 |                 | <input type="checkbox"/> その他<br>( )                |

◇ご相談したいことに○をお付け下さい。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をお付け下さい。

|                          |               |              |                          |           |
|--------------------------|---------------|--------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 病気や健康、障がいのこと  | 住まいについて      | <input type="checkbox"/> | 収入・生活費のこと |
| <input type="checkbox"/> | 家賃やローンの支払いのこと | 税金や公共料金等の支払い | <input type="checkbox"/> | 債務について    |
| <input type="checkbox"/> | 仕事探し、就職について   | 仕事上の不安やトラブル  | <input type="checkbox"/> | 子育てのこと    |
| <input type="checkbox"/> | 家族との関係について    | 地域との関係について   | <input type="checkbox"/> | 介護のこと     |
| ◎                        | ひきこもり・不登校     | DV・虐待        | <input type="checkbox"/> | その他 ( )   |

ご相談されたいことや、配慮を希望されることを具体的に書いてください。

娘が仕事に就けず、家に引きこもった状態になっている。  
親の年金で生活しており、経済的に苦しい。  
妻は介護が必要だが、料金が負担になるので利用できない。

◇相談申し込み欄

上記の相談内容等について、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。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「重層的支援体制整備事業 個人情報に関する説明書」について説明を受けました。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 本人署名 \_\_\_\_\_

◇世帯の状況

| 世帯構成 |        |    |               | ジェノグラム |
|------|--------|----|---------------|--------|
| 氏名   | 生年月日   | 続柄 | 備考            |        |
| 小林 正 | SO.O.O | 父  |               |        |
| キク   | SO.O.O | 母  | 1か月入浴できていない   |        |
| 花子   | SO.O.O | 本人 | 10年前に体調を崩し帰省。 |        |
|      |        |    |               |        |

◇現在利用しているサービス・機関

| 利用サービス    | 担当機関名 | 担当者名  |
|-----------|-------|-------|
| △△ふれあいサロン |       | ○民生委員 |
|           |       |       |
|           |       |       |
|           |       |       |

| 対応内容  |
|---|
| <p>滞納の状況や、娘の就労などを主に、父親から聞き取る。<br/> 母親は介護が必要な状態にあると思われ、<br/> 花子さんは精神的不安が大きい</p> <p style="text-align: center;">○○地域包括支援センター<br/> ため 健康推進課 につなぎます</p> |

|                                       |                  |
|---------------------------------------|------------------|
| 相談つなぐ先                                | 機関名：○○地域包括支援センター |
| 受付日                                   | 令和○年 ×月 ×日       |
|                                       | 対応者：○○様          |
| 母親の介護について、利用できる制度はないか、相談に乗っていただきたいです。 |                  |

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| 相談つなぐ先                                | 機関名：健康推進課  |
| 受付日                                   | 令和○年 ×月 ○日 |
|                                       | 対応者：××様    |
| ご本人と面談していただき、必要に応じて病院受診など勧めていただきたいです。 |            |

# 相談つなぐシート

|     |            |      |                       |
|-----|------------|------|-----------------------|
| 受付日 | 令和〇年 △月 △日 | 受付機関 | 〇〇相談センター<br>(受付者：田中 ) |
|-----|------------|------|-----------------------|

|                      |      |  |                 |  |
|----------------------|------|--|-----------------|--|
| 対象者                  | ふりがな | こばやし はなこ                                     |                 |  |
|                      | 氏名   | 小林花子 (男・ <input checked="" type="radio"/> 女) |                 |  |
|                      | 生年月日 | 昭和〇年 〇月 〇日                                   | 年齢              | 50歳  |
|                      | 住所   | 〒886-0004<br>小林市細野 ×× 番地 △△アパート 〇号           |                 |  |
|                      | 電話   | 23-0000                                      | 携帯              | 090-××××-△△△△                                      |
| 相談者<br>※ご本人以外<br>の場合 | 氏名   | 小林正  | 対象者<br>との<br>関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 家族<br>(続柄： 父 ) |
|                      | 電話   | 23-0000                                      |                 | <input type="checkbox"/> その他<br>( )                |

◇ご相談したいことに○をお付け下さい。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をお付け下さい。

|                          |               |                          |              |                          |           |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 病気や健康、障がいのこと  | <input type="checkbox"/> | 住まいについて      | <input type="checkbox"/> | 収入・生活費のこと |
| <input type="checkbox"/> | 家賃やローンの支払いのこと | <input type="checkbox"/> | 税金や公共料金等の支払い | <input type="checkbox"/> | 債務について    |
| <input type="checkbox"/> | 仕事探し、就職について   | <input type="checkbox"/> | 仕事上の不安やトラブル  | <input type="checkbox"/> | 子育てのこと    |
| <input type="checkbox"/> | 家族との関係について    | <input type="checkbox"/> | 地域との関係について   | <input type="checkbox"/> | 介護のこと     |
| ◎                        | ひきこもり・不登校     | <input type="checkbox"/> | DV・虐待        | <input type="checkbox"/> | その他 ( )   |

具体的な相談内容をお書きください

娘が仕事に就けず、家に引きこもった状態になっている。  
親の年金で生活しており、経済的に苦しい。  
妻は介護が必要だが、料金が負担になるので利用できない。

◇相談申し込み欄

上記の相談内容等について、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。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「重層的支援体制整備事業 個人情報に関する説明書」について説明を受けました。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 本人署名\_\_\_\_\_

◇世帯の状況

| 世帯構成 |        |    |               | ジェノグラム |
|------|--------|----|---------------|--------|
| 氏名   | 生年月日   | 続柄 | 備考            |        |
| 小林 正 | SO.O.O | 父  |               |        |
| キク   | SO.O.O | 母  | 1か月入浴できていない   |        |
| 花子   | SO.O.O | 本人 | 10年前に体調を崩し帰省。 |        |
|      |        |    |               |        |

◇現在利用しているサービス・機関

| 利用サービス    | 担当機関名        | 担当者名  |
|-----------|--------------|-------|
| △△ふれあいサロン |              | ○民生委員 |
| 家計支援・就労支援 | ○○相談センター     | 田中    |
| 総合事業利用の相談 | ○○地域包括支援センター | △△    |
| 心の悩み相談    | 健康推進課        |       |

| 対応内容  |
|---|
| <p>家計支援や就労支援で○○相談センターが、介護関係は地域包括支援センターが、心の悩みについては健康推進課がそれぞれ支援することになりましたが、関係機関で情報を共有したい</p> <p style="text-align: right;">ため 相談支援包括化推進員 につなぎます</p> |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| 相談つなぐ先               | 機関名：社協 相談支援包括化推進員 |
| 受付日                  | 令和○年 △月 △日        |
|                      | 対応者：大学様           |
| 重層的支援個別会議の開催をお願いします。 |                   |

|        |       |
|--------|-------|
| 相談つなぐ先 | 機関名：  |
| 受付日    | 年 月 日 |
|        | 対応者：  |