

つなぐシート（複合課題チェックシート）

No. 1

記入 年月日	年	月	日	受付機関			
					受付者		電話

■基本情報

相 談 者			
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> ()
氏名		生年	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
		月日	年 月 日 才
住所			
電話	自宅		携帯

■お困りごとの内容

ご相談されたい内容に✓をつけてください（複数ある場合は一番お困りのところに○をおつけください）			
<input type="checkbox"/>	病気や健康、障害のこと	<input type="checkbox"/>	住まいについて
<input type="checkbox"/>	収入・生活費のこと	<input type="checkbox"/>	税金や公共料金等の支払いについて
<input type="checkbox"/>	家賃やローンの支払いのこと	<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"/>	地域との関係について	<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"/>	DV・虐待
<input type="checkbox"/>	ひきこもり・不登校	<input type="checkbox"/>	食べるものがない
<input type="checkbox"/>	その他 ()		

■世帯構成 世帯人数 () 名 本人含む

氏名	年齢	続柄	備考	氏名	年齢	続柄	備考

相談したい内容や、これまでの経過等を具体的にご記入ください。

--

■本人の同意の有無 あり 署名 口頭 その他 ()
 なし



○円滑な相談支援につなぐため、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。

○同意にあたっては、「個人情報の取り扱いについて」説明を受けました。

_____年 _____月 _____日 本人署名 _____

相談機関既存のインタビューシート、アセスメントシート等を添付して情報提供してください。
添付しない場合は、下記をご記入ください。

世帯の生活状況	
<input type="checkbox"/> 別紙のとおり	<input type="checkbox"/> 下記のとおり
家族関係図（ジェノグラム） <input type="checkbox"/> 別紙のとおり <input type="checkbox"/> 下記のとおり	

■既に支援に入っている機関（把握可能な範囲で記入）

別紙のとおり 下記のとおり 不明

機関名	支援内容（把握できた範囲）

■その他 特記事項や配慮を希望されること等あれば記入してください。

--