

つなぐシート (複合課題チェックシート)

年月日	年	月	日	受付 機関				
					受付者		電話 番号	—

■ 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 月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 歳
住所	〒 — 岡山市 区		
電話	自宅 () —	携帯 ()	—

■ お困りごとの内容

ご相談されたい内容に○をおつけください。
複数ある場合は、一番お困りのことに◎をおつけください。

病気・医療のこと	こころの問題(メンタルヘルス)
介護のこと	障害のこと
子育てのこと	収入・仕事のこと
支出・滞納・借金	住まいのこと
DV・虐待のこと	権利擁護(後見制度など)
健康のこと	その他(下欄へ詳細記入)

■ 世帯構成 世帯人数()名(本人含む)

氏名	年齢	続柄	備考
		本人	

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ご記入ください。

■ 紹介先

機関名	相談内容(紹介する理由)
	←
	←
	←

■ 本人の同意有無 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。

_____年 _____月 _____日 本人
署名 _____

* 相談機関既存のインタークシート、アセスメントシート等を必ず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)

■ 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)

■ 特記事項

--