

包括的相談支援受付シート (No.1)

相談方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来談 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他	受付年月日	
受付機関		受付者	

■基本情報 (相談対象者)

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 左記以外				
氏名	生年月日	T S H R	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 - 盛岡市						
電話	自宅	() -	携帯	-	-	-	
他支援機関等への相談の有無		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 [要支援 (級) ・要介護 (級)] <input type="checkbox"/> 無		ライフライン停止状況	<input type="checkbox"/> 水道	<input type="checkbox"/> 電気	<input type="checkbox"/> ガス	<input type="checkbox"/> 無
障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 [身体 (種 級) ・療育 (A・B) ・精神 (級)] <input type="checkbox"/> 無		住居	<input type="checkbox"/> 持家	<input type="checkbox"/> 賃貸	<input type="checkbox"/> その他()	

■相談者が本人以外の場合

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 左記以外				
氏名	生年月日	T S H R	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 -						
電話	自宅	() -	携帯	-	-	-	
相談対象者との関係		<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄:) <input type="checkbox"/> その他 ()					

■相談内容

相談内容に○をつける。複数ある場合は、一番の困りごとに◎をつける。		
病気や健康、障害のこと	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	税金や公共料金等の支払いについて	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	D V ・虐待	食べるものがない
その他 ()		

現在の状況・経緯

包括的相談支援受付シート (No.2)

■相談内容

主訴

■本人・家族の状況

No.	氏名	続柄	性別	年齢	同居/別居	困りごと等	支援	同意※
1		本人	1 男 2 女 3 不明		/		/	1 有 2 無 3 不明
2			1 男 2 女 3 不明		1 同居 2 別居 (市内) 3 別居 (市外)		1 必要 2 不要 3 不明	1 有 2 無 3 不明
3			1 男 2 女 3 不明		1 同居 2 別居 (市内) 3 別居 (市外)		1 必要 2 不要 3 不明	1 有 2 無 3 不明
4			1 男 2 女 3 不明		1 同居 2 別居 (市内) 3 別居 (市外)		1 必要 2 不要 3 不明	1 有 2 無 3 不明
5			1 男 2 女 3 不明		1 同居 2 別居 (市内) 3 別居 (市外)		1 必要 2 不要 3 不明	1 有 2 無 3 不明
6			1 男 2 女 3 不明		1 同居 2 別居 (市内) 3 別居 (市外)		1 必要 2 不要 3 不明	1 有 2 無 3 不明

ジェノグラム (男性：□、女性：○、不明：△、本人：二重線にする)

※家族それぞれの個人情報の取扱いについて

支援にあたり、必要となる対象者の情報（税情報等含む）を、相談受付機関が関係機関（市役所各課、社会福祉協議会等）へ提供すること及び関係機関から対象者の情報を収集することへの同意を確認する。

包括的相談支援受付シート (No.3)

■ 受付機関の対応

シート利用目的	<input type="checkbox"/> 重層事業へつなぐ(会議開催等) <input type="checkbox"/> 連携先等不明 <input type="checkbox"/> 関係機関へつなぐ		
受付機関での継続対応	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	緊急の必要性	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1か月以内) <input type="checkbox"/> 無
相談者に伝えた担当者名			連絡先
相談受付者 (発出日 : _____)		相談引継者 (受取日 : _____)	
受付機関			引継機関
氏名			氏名
	電話		電話
複数の関係機関に引継ぐ場合	関係機関名 (_____)		

受付機関からの連絡事項

【すでに対応したこと、現在対応していること】
【今後対応を予定していること】
【受付機関としての困りごと】
【その他】
引継機関に対応してもらいたいこと

■ 引継機関の対応 (受付機関へ対応状況等を報告する)

【対応状況・方針】			
相談引継者 (発出日 : _____)		相談受付者 (受取日 : _____)	
引継機関			受付機関
氏名			氏名
	電話		電話