



相談受付日(※初回)

年 月 日

所 属
担当者名

□基本情報 ※太枠欄は必ずご記入ください

相談支援の検討・実施等にあたり、必要となる関係機関(者)との情報共有のため、私の相談内容を保管・集約することに同意します。				□ 同意します	
ふりがな			性別	□男性 □女性 □()	
氏名			生年 月日	□大正 □昭和 □平成	
				年 月 日 (歳)	
住所	郵便番号	下野市			
	—				
電話	自宅			携帯	
※ご本人以外の方が来談された場合は下記にも記入してください					
氏名			ご本人と の関係	□家族 (ご本人との続柄：) □その他()	
住所					
電話	自宅			携帯	

□ご相談の内容(お困りのこと)について

ご相談されたい内容に○をつけてください。
ご相談されたいことが複数ある場合は、それらすべてに○をつけ、一番お困りのことに◎をつけてください。

仕事探し、就職のこと	収入・生活費のこと	仕事上の不安やトラブルについて
債務について	DV・虐待について	税金・公共料金等の支払いについて
資金の貸し付けについて	住まいのこと	病気や健康に関すること
こころの問題に関すること	食べるものがない	ひきこもり・不登校について
介護に関すること	子育てに関すること	家計全般に関すること
家族や人間関係に関すること	地域との関係について	家賃やローンの支払いのこと
学校の出来事に関すること	その他の困りごと()	

ご相談されたいことはどんなことか、具体的にご記入ください。
また、ご支援にあたっての希望もあればお書きください。

相談内容・対応	相談受付日	月 日 ()	所属 (関係機関)		担当者名	
	<相談内容/概要> <今回の対応>					
継続相談の必要性の有・無(※有の場合は以下にも記入する)				有 ・ 無		

相談が必要と思われる項目に ○印・又は具体的に記入	仕事		多重責務		健康生活	
	介護		子育て		その他	

紹介先	予約日時	月 日 ()	: ~ :	同行 有 ・ 無		
	所属 (関係機関)		担当者			
	住所		電話番号			

相談内容・概要	相談受付日	月 日 ()	所属 (関係機関)		担当者名	
	相談済みの項目に○印、又は具体的に記入。					
	仕事		多重責務		健康生活	
	介護		子育て		その他	
	<相談内容/概要> <今回の対応>					
	相談に継続	有 (継続) ※ ・ 無 (終結)		健康増進課回付日	年 月 日	

※継続の場合は、上記切り取り線以下をコピーし、紹介先2として使用することとします。(以下同じ)