

相談日	令和 年 月 日	受付者	課
-----	----------	-----	---

◆同意欄（来所者がご本人の場合のみ）

個人情報の利用に同意いただけましたら、にチェック✓のご記入をお願いします。
相談支援の検討・実施にあたり、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。

令和 年 月 日 本人署名 _____

◆本人情報

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 年 月 日（ 歳）	
住所	〒 -			
電話	自宅	- -	携帯	- -

◆来所者情報（ご本人以外の場合には記入してください。）

ふりがな		本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族（続柄： ） （ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
氏名				
住所	〒 -			
電話	自宅	- -	携帯	- -

◆ご相談内容

病気・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		税金や公共料金の支払い		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
引きこもり・不登校		DV・虐待		食べるものがない
その他（ ）				

※ご相談されたいことの具体的な内容や支援にあたっての希望があれば、ご記入ください。

