

ID: \_\_\_\_\_

## 相 談 受 付 票

☐ TEL ☐ 来所 ☐ 寡婦 ☐ 寡夫

お差支のない範囲でご記入ください。 ※匿名でも構いません

弁護士 Y

来所日	令和	年	月	日	相談時間	:	~	:
ふりがな						生年月日	昭和	
氏 名							年	月
							( ) 歳	
現住所	〒 - 高知市							
連絡先	自宅電話	( )	-	携帯電話	( )	-		
世帯構成	世帯人数 ( 本人含んで ) 人 【うち子ども】 ( ) 人 ( 歳 <input type="checkbox"/> 男子 <input type="checkbox"/> 女子 ) ・ ( 歳 <input type="checkbox"/> 男子 <input type="checkbox"/> 女子 ) ( 歳 <input type="checkbox"/> 男子 <input type="checkbox"/> 女子 ) ・ ( 歳 <input type="checkbox"/> 男子 <input type="checkbox"/> 女子 ) 【うちその他親族（親やきょうだい）等】 ( ) 人 ※お子さん以外に同居されている方がいる場合はご記入ください 1人目 続柄 ( ) ・ 2人目 続柄 ( ) 3人目 続柄 ( ) ・ 4人目 続柄 ( )							
ご相談内容 (ご希望の箇所に○を付けて下さい。複数ある場合は一番お困りごとに◎を付けて下さい)								
	お仕事探し、資格取得					子育てのこと		
	養育費・面会交流のこと					教育費（学費等）のこと		
	家族のこと					健康のこと（病気・障害・介護）		
	住まいのこと					DV・虐待のこと		
	家計のこと (生活費・食費・家賃等)					その他 ( )		
今回の相談内容について他の相談機関へ相談されたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ソーレ <input type="checkbox"/> 県市町村役場 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 福祉保健所 <input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし								
上記相談内容について必要となる関係機関と情報共有することに同意します。  令和 年 月 日 本人署名 _____								

これらの個人情報は当センターの相談業務のみに利用します。

裏面へつづく

ひとり親家庭支援センター 受付者

お差支えない範囲でご記入ください。

[illegible]

# 相 談 記 録 票

## ■初回面談時の本人の主訴・状況（１）

本人の 訴えや 状況	
------------------	--

## ■アセスメント結果の整理（課題と背景要因の整理）

対応内容 及び 支援対策	

## ■スクリーニング結果

スクリーニング結果	<input type="checkbox"/> 情報提供や相談対応のみで終了
	<input type="checkbox"/> 他の専門機関へつなぐ (つなぎ先: )
	<input type="checkbox"/> 継続相談 (本人同意あり)
	<input type="checkbox"/> その他 ( )

相談員：

支援経過記録シート

実施日・ 担当者	方法・ 対応相手先	対応内容記録及び支援対策
日付 ( )  担当 ( )	方法 ( ) ( ) 対応相手先 ( ) ( )	
日付 ( )  担当 ( )	方法 ( ) ( ) 対応相手先 ( ) ( )	
日付 ( )  担当 ( )	方法 ( ) ( ) 対応相手先 ( ) ( )	
日付 ( )  担当 ( )	方法 ( ) ( ) 対応相手先 ( ) ( )	