

【1】 相談（支援）記録票

相談（支援）登録票

□基本情報

ID		※初回相談受付日	平成 年 月 日	受付者	
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	S・H	( 歳)	
住所	〒 -				
電話	自宅	( ) -	携帯	( ) -	
E-mail					
Yellからの連絡	<input type="checkbox"/> 希望する ( メールマガジン 広報誌 就職情報 ) <input type="checkbox"/> 希望しない				
区分	父子 母子 寡婦 その他	児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給なし		
来談者 ※ご本人以外 の場合	氏名	来談者の ご本人との 関係	<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄: )		
	電話		<input type="checkbox"/> その他 ( )		

□ご相談の内容（お困りごと）

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。

<input type="checkbox"/>	病気や健康、障害のこと	<input type="checkbox"/>	住まいについて	<input type="checkbox"/>	収入・生活費のこと
<input type="checkbox"/>	家賃やローンの支払いのこと	<input type="checkbox"/>	税金や公共料金の支払いについて	<input type="checkbox"/>	債務について
<input type="checkbox"/>	仕事探し、就職について	<input type="checkbox"/>	仕事上の不安やトラブル	<input type="checkbox"/>	地域との関係について
<input type="checkbox"/>	家族関係・人間関係	<input type="checkbox"/>	子育て・介護のこと	<input type="checkbox"/>	ひきこもり・不登校
<input type="checkbox"/>	DV（経済的）・虐待	<input type="checkbox"/>	食べるものがない	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	その他 ( )				

ご相談されたいことを具体的に書いてください。ご支援にあたっての希望もあればお書きください。

※お仕事探しについてご相談の場合は希望職種をご記入ください。→ ( )

□利用申込み欄

別紙の『個人情報に関する管理・取扱規定』に基づいて、相談支援の検討・実施にあたり必要となる関係機関（者）との情報共有することに同意いたします。

平成 年 月 日 本人署名 印