（様式１）

群馬県ふくし総合相談支援事業　相談受付票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 　年　　 月　 　日（　 　）　　時 | 担当相談員氏名 |  |

●報告内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談者氏名 |  | 生年月日 | □大正　□昭和　□平成　　年　　月　　日（　　　　　歳） |
| □男□女 |
| 住所 | 〒 | 電話 |  |
| 世帯の状況 | 同居者　□有（自分を含め　　　　人）　□無 | 健康状態 | □良好　□良くない |
| 相談経路 | □本人来所　　□本人連絡（電話等）　　□関係機関（　　　　　　　　）より　　□家族・知人来所　　　□家族・知人連絡（電話等）□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談者種別※複数回答可 | □高齢　　□児童　　□母子・寡婦　　□身体障害　　□知的障害　　□精神障害　□ＤＶ　　□虐待　　 □生活困窮（失業・住居喪失）　 □生活保護　 □体重債務　□傷病　 □その他（　　　　　　　　　　　）　　 |
| 本人の主訴 |  |
| 相談内容 | □病気や健康、障がいのこと　　　□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　　□税金や公共料金の支払いについて□仕事探し、就職について　　□仕事上の不安やトラブル　　□家族関係・人間関係□地域との関係について　　□子育て・介護のこと　　□ひきこもり　　□不登校□ＤＶ　　□虐待　　□生活困窮　　□食べ物がない□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ■特記事項 |

|  |  |
| --- | --- |
| 課題の整理 |  |
| 課題のまとめと支援方針 |  |
| 経過記録記入欄 |  |

スクリーニング

|  |  |
| --- | --- |
| スクリーニング実施日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 対応結果・方針 | □情報提供や相談対応のみで終了。□他の制度や専門機関で対応可能であり、つなぐ。□法人として見守りをしていく。□法人における継続支援が可能であり、支援を実施していく。□スクリーニング判断前に終了。 |
| 特記事項 |  |

（様式２）

群馬県ふくし総合相談支援事業　支援経過記録シート

|  |  |
| --- | --- |
| 相談者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 担当者 | 支援方法 | 支援経過内容 | 所属長等 |
| 　　　年　　　月日 |  | □面談　□同行□電話□その他（　　　　　　　） |  |  |
| 　　　年　　　月日 |  | □面談　□同行□電話□その他（　　　　　　　） |  |  |
| 　　　年　　　月日 |  | □面談　□同行□電話□その他（　　　　　　　） |  |  |
| 　　　年　　　月日 |  | □面談　□同行□電話□その他（　　　　　　　） |  |  |
| 　　　年　　　月日 |  | □面談　□同行□電話□その他（　　　　　　　） |  |  |
| 　　　年　　　月日 |  | □面談　□同行□電話□その他（　　　　　　　） |  |  |
| 　　　年　　　月日 |  | □面談　□同行□電話□その他（　　　　　　　） |  |  |
| 　　　年　　　月日 |  | □面談　□同行□電話□その他（　　　　　　　） |  |  |

（様式３）

群馬県ふくし総合相談支援事業　事務局　行

（群馬県社会福祉協議会　施設福祉課）

ＦＡＸ０２７－２５５－６１７３

群馬県ふくし総合相談支援事業　相談受付件数連絡票

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 記入者氏名 |  | TEL | （　　　） |

下記により報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告月 | 新規受付件数 | 相談のべ件数 | 支援終結件数 |
| ６月 |  |  |  |
| ９月 |  |  |  |
| １２月 |  |  |  |
| ３月 |  |  |  |

※各報告月の末日までに、ＦＡＸにてご報告ください。

（様式４）

群馬県ふくし総合相談支援事業　支援終結記録（報告）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人・施設名 |  | 作成日 | 　　 年　　 月 　　日（　　） |

●報告内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者名 |  | 担当相談員氏名 |  |
| □男□女 |
| 支援期間 | 　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 支援内容 |  |
| 終結の状況・理由※関係機関等へつないだ際のつなぎ先もご記入ください。 |  |
| 支援に関する自己評価 |  |
| その他特筆すべきこと |  |

※個人情報の保護の観点から、必ず郵送にてご送付ください。