

相 談 シ ー ト

相 談 者	相談にあたり、私の相談内容を延岡市役所及び関係機関で情報共有し、保管・集約することに同意します。									
	同 意 欄									
	ふりがな					生年月日	大正	昭和	平成	
	氏 名						年	月	日 (歳)	
	住 所	〒 -								
連絡先	自宅				携帯					
対 象 者	ふりがな					生年月日	大正	昭和	平成	
	氏 名						年	月	日 (歳)	
	住 所	〒 -								
	連絡先	自宅				携帯				
	家族構成						相談者との関係	家族 (本人との続柄:)		
								その他		

相談日時	令和	年	月	日 ()	時	分	～	分間	担当者	
相談分野	医療	介護	福祉	子育て	教育	その他 ()				
相談の概要 (※センター職員が記入します事前に記入できる方はご相談されたい内容を具体的にご記入ください。)										
相談の詳細な内容 (※センター職員が記入します。事前に記入できる方はご相談されたい内容を具体的にご記入ください。)										

対 応 記 録	センターでの対応記録(センター職員記入)					
	※担当課につなぐ場合					
	担当課・係		担当者		内線	
	担当課での対応内容(担当課職員記入)					

※庁外機関へのつなぎが必要な場合のみ下へ



相 談 先	日 時	令和 年 月 日 () AM・PM :				
	部 署					
	担当者		連絡先			

※以下はセンター職員が記入

(なんでも総合相談センター聴取日 令和 年 月 日)

相 談 先 へ の 確 認 事 項	対応内容(センター職員記入)
	備考(相談者への連絡の有無等)