

相談シート

No. _____

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

相談者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名				
	住所	〒			
	連絡先	自宅		携帯	
	家族構成				
対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名				
	住所	〒			
	連絡先	自宅		携帯	
	家族構成		相談者との関係		

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	方法	
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。)			
相談の主訴			
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。)			

センターでの対応記録(センター職員記入)

対応記録

※担当課につなぐ場合

担当課・係		担当者		内線	
担当課・係		担当者		内線	
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)

※庁外機関へのつながりが必要な場合のみ下へ



庁外機関 ①	日 時	()			庁外機関 ②	日 時	()		
	部 署		その他の詳細			部 署		その他の詳細	
	担当者		連絡先			担当者		連絡先	
	機関の対応内容					機関の対応内容			