

ChanKan プロジェクト相談受付票

初回相談日	年 月 日
相談方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール
相談履歴	<input type="checkbox"/> 初回相談 <input type="checkbox"/> 2回目以降

◆リファー

支援団体 (担当者)	
支援者電話番号	
支援者メール	

◆相談者属性 (宿泊支援を実施した)

1. 現在地	都道府県： 市区町村： 前住所 or 住民票：
2. 氏名	ふりがな：
3. 生年月日	年 月 日 (満 歳)
4. 電話番号	
5. メール	
6. 性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他：)
7. 同居者	<input type="checkbox"/> いる： 人 (関係： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 共同生活 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> いない
8. 相談できる人	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> いない
9. 居住形態	<input type="checkbox"/> 住まいがある <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸住宅 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> 住まいが不安定 <input type="checkbox"/> 家賃滞納 <input type="checkbox"/> 会社寮等 <input type="checkbox"/> 友人宅等 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> 住まいがない <input type="checkbox"/> 路上生活 <input type="checkbox"/> ネットカフェ <input type="checkbox"/> その他：)
10. 居所が不安定 居所がない期間	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 数日～1週間ほど <input type="checkbox"/> 2週間以上 <input type="checkbox"/> 1か月以上 <input type="checkbox"/> 3か月以上 <input type="checkbox"/> 1年以上

1 1.仕事	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 福祉的就労 詳細： () <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 専業主婦・主夫 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 病气療養中 詳細： ()
1 2.収入	<input type="checkbox"/> あり (詳細： ()) <input type="checkbox"/> なし
1 3.体調	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 障害疑い <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神) 詳細： ()
1 7.相談歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 詳細： ()

◆外国人の方

国籍・出身地	国籍名： _____ 出身地： _____ 宗教： _____
在留資格	_____
言語	第一言語： _____ 語 日本語能力： <input type="checkbox"/> 非常に堪能 <input type="checkbox"/> 日常会話程度 <input type="checkbox"/> 話せるが読み書きできない <input type="checkbox"/> ほとんどできない

◆詳細

主訴 相談内容	_____
対応 つなぎ先	つなぎ支援実施日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> よりそいホットライン (_____) <input type="checkbox"/> 生活困窮者自立支援相談窓口 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> 他の行政機関 (_____) <input type="checkbox"/> 他の民間団体 (_____)

ChanKan プロジェクト支援受付票

初回支援実施日	年 月 日
支援団体名	
支援者氏名	
支援者連絡先	

◆相談者属性

1.居住地	都道府県： 市区町村：
2.氏名	ふりがな：
3.生年月日	年 月 日 (満 歳)
4.性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他：)
5.同居者	<input type="checkbox"/> いる： 人 (関係： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 共同生活 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> いない
6.相談できる人	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> いない
7.居住形態	<input type="checkbox"/> 住まいがある <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸住宅 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> 住まいが不安定 <input type="checkbox"/> 家賃滞納 <input type="checkbox"/> 会社寮等 <input type="checkbox"/> 友人宅等 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> 住まいがない <input type="checkbox"/> 路上生活 <input type="checkbox"/> ネットカフェ <input type="checkbox"/> その他：)
8. 居所が不安定 居所がない期間	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 数日～1週間ほど <input type="checkbox"/> 2週間以上 <input type="checkbox"/> 1か月以上 <input type="checkbox"/> 3か月以上 <input type="checkbox"/> 1年以上
9.仕事	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 福祉的就労 詳細：) <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 専業主婦・主夫 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 病気療養中 詳細：)
10.収入	<input type="checkbox"/> あり (詳細：) <input type="checkbox"/> なし
11.体調	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 障害疑い <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神) 詳細：)

1 2.相談歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 詳細：)
---------	--

◆外国人の方

国籍・出身地	国籍名： 出身地： 宗教：
在留資格	
言語	第一言語： 語 日本語能力： <input type="checkbox"/> 非常に堪能 <input type="checkbox"/> 日常会話程度 <input type="checkbox"/> 話せるが読み書きできない <input type="checkbox"/> ほとんどできない

◆詳細

主訴 相談内容	
相談員の見立て 支援方針	
利用した宿泊施設名	
利用期間	年 月 日～ 年 月 日
対応 つなぎ先	<input type="checkbox"/> 継続支援 <input type="checkbox"/> 生活困窮者自立支援相談窓口 <input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 他の行政機関 () <input type="checkbox"/> 民間団体へのつなぎ () <input type="checkbox"/> その他 ()