

つなぐシート（複合課題チェックシート）

年月日	2026 年 1 月 15 日	受付機関	○○支援センター			
			受付者	鈴木一朗	電話番号	225 — 0000 内線 (1234)

■ 基本情報

相談者						
ふりがな	おかやま たろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> ()	
氏名	岡山 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和 26 年 8 月 15 日 74 歳
住所	〒 700 — 0000 岡山市 北区 ○○町 1-2-3					
電話	自宅 (086) 123 4456	携帯 (090) 1234 — 4456				

■ お困りごとの内容

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つけてください。	
◎ 病気・医療のこと	○ こころの問題(メンタルヘルス)
○ 介護のこと	障害のこと
子育てのこと	収入・仕事のこと
支出・滞納・借金	住まいのこと
DV・虐待のこと	権利擁護(後見制度など)
健康のこと	その他(下欄へ詳細記入)

ご相談されたいことや、配慮を希望されることを具体的にご記入ください。

軽度認知症と診断されたことで今後の生活に不安を持っているとのことで当センターへ相談があった際、妻が飲酒して暴れることで近隣に迷惑をかけており、どうしたらよいか相談を希望されているため。

妻には内緒で相談に来られたとのことです。

■ 世帯構成 世帯人数()名(本人含む)

氏名	年齢	続柄	備考
岡山太郎	74	本人	軽度認知症
岡山花子	63	妻	アルコール依存症、糖尿病

■ 紹介先

機関名	相談内容(紹介する理由)
△△センター	← 妻が飲酒して暴れることで近隣に迷惑をかけており、どうしたらよいか相談を希望されているため。
	←
	←

■ 本人の同意有無

あり (署名 口頭 その他() なし)

○ 円滑な相談支援につなぐため、私の相談内容を必要となる関係機関(者)と情報共有し、保管・集約することに同意します。

年 ____ 月 ____ 日 本人

署名 _____

* 相談機関既存のインテークシート、アセスメントシート等を必ず添付して情報提供してください。
添付しない場合は、下記をご記入ください。

世帯の生活状況	
<input checked="" type="checkbox"/> 別紙のとおり <input type="checkbox"/> 下記のとおり 本人(74歳)…軽度認知症 妻(63歳)…アルコール依存症、糖尿病 長男(43歳)…就労不安定、知的障害境界域? 長男の嫁(38歳)…知的障害(療育手帳B程度) 孫(17歳)…広汎性発達障害、無職 孫(16歳)…高校1年生、不登校気味 孫(4歳)…重度心身障害児(障害手帳1級、療育手帳A) ※別紙詳細	* 家族関係図(ジェノグラム)

■ 既に支援に入っている機関(把握可能な範囲で記入)

別紙のとおり 下記のとおり 不明

機関名	支援内容(把握できた範囲)

■ 特記事項

詳細は別紙相談受付票をご参照ください。

■ 他機関との相互調整について（相談支援包括化室へご相談の際にご記入ください）

①相互調整を行った はい いいえ→一度相互調整をお願いします。連携先が分からぬなどの
ご相談は電話等でお気軽にご連絡ください。
↓

②相互調整についてどのような課題がありますか？

連携すべき機関が分からぬ 役割分担が決まらない
 適切な支援メニューが決まらない その他

* 具体的な状況

他機関にも相談しているが、妻にアプローチするため訪問しても関わりを拒否され支援が進まない。

息子夫婦の支援機関との接点がない。