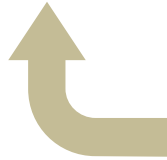


<連携依頼書>

年 月 日

支援機関名： _____ 担当 _____ 様



支援機関名 _____

担 当 _____

<連携状況>

	分野	機関名	担当
1			
2			
3			
4			
5			

◆依頼書送付、到着に関するチェック◆

(共通)

1. 送付の前の事前連絡
2. リファーマを受けた機関から、書類到着及び名前確認の電話連絡
3. プリントアウトした書類は、すぐにファイリング

(メールの場合限定)

4. メールアドレスは事前に登録済みのアドレスを使用
5. 文書に英数混合6文字以上のパスワードをかける (例: dht365)
6. 送信文書とは別便で、メールにてパスワードの送信

※メールにて書類の到着&開封確認しましたら、お電話ください

名古屋市子ども・若者総合相談センター

電話：052-961-2543 メール：kiku@cowaka.net

氏名 (相談者)		相談者との 続柄		年齢	
電話番号 携帯番号		居住区			

氏名 (相談者)		性別		年齢	
所属					
電話番号 携帯番号		居住区			
障がい・疾病					
障害手帳	有・無・不明 種別：		等級：		
連絡の取りやすい方法・時間帯など					

<家族構成&家族状況>

◇家族構成	◇家族状況（家計状況・家族関係など）

<今までの支援機関との関わり>

支援機関名		備考	
医療機関		病名	
その他支援機関・医療機関との関わりについて			
◇機関名	◇かかわりの期間	◇備考	

*氏名と電話番号は送付時空欄とする

<相談に来た経緯>

<相談内容>

◇主訴

◇本人の悩みや希望

◇親や家族の悩みや希望

<本人の状況>

就労・在学状況、日中の活動状況、経済状況など

<本人の特徴：身なり／性格／こだわりなど>

<特記事項：健康状態／感情のコントロール／配慮が必要な言葉 など>

<見立て&おおまかな支援の方向性>

◆リファーマーの内容◆

◇連携の目的・具体的な内容など