

あなたに
合った支援に

沖縄県つなぐシート



相談申込票（相談者記入） *可能な範囲で記入ください。

■基本情報

相談対象者	ふりがな		性別	☐ 男性 ☐ 女性 ☐ （ ）		
	氏名		生年月日	年	月	日（ 歳）
	住所	〒				
	電話	自宅		携帯		
相談者	ふりがな		続柄			
	氏名		生年月日	年	月	日（ 歳）
	住所	〒				
	電話	自宅		携帯		
相談支援にあたり、相談内容を必要となる関係機関（者）と共有することに同意します。						
署名						

■ご相談内容

相談したい内容に○をおつけください。					
複数ある場合は、全てに○をつけ、一番お困りのことには◎をおつけください。					
☐	こころの健康	☐	依存症（アルコール・薬物等）	☐	死にたい気持ち
☐	自死遺族の方	☐	子どもの相談窓口	☐	児童虐待
☐	妊娠・子育て	☐	教育相談	☐	家庭内暴力
☐	高齢者虐待	☐	認知症	☐	障害者虐待
☐	ひきこもり	☐	就労・生活支援	☐	生活困窮
☐	労働問題	☐	債務問題	☐	犯罪被害
☐	犯罪加害	☐	性的マイノリティー（L G B T）	☐	
☐	その他（ ）				
具体的な相談内容を書いてください。ご支援にあたっての希望もあればお書きください。					

■家族構成

氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢	

相談記録票（対応者記入）

紹介元	相談受付日	年 月 日		担当者	
	機関名				
				電話	
<過去の相談歴>					
<今回の相談内容及び対応>					
<今後の対応> 継続相談（ ☐ 有 ☐ 無 ）					
<紹介したい理由・依頼したい内容>					



紹介先	予約日時	年 月 日		担当者	
	機関名				
	同行	☐ 有 ☐ 無	備考		

～いつでもご相談ください～

沖縄いのちの電話 098-888-4343 10:00～23:00／年中無休

こころの電話相談 098-888-1450 9:00～11:30、13:00～16:30／月、水、木、金（祝祭日除く）

（総合精神保健福祉センター）