

V様式・資料

～個別支援様式～

管理シート		相談支援対象者一覧表
		継続支援管理台帳
個別支援様式	1	相談票
	2	相談経過記録票
	3	世帯管理票(ジェノグラム含む)
	4	面接・訪問記録票(成人・高齢・障がい・その他)
	5	支援経過票(成人・高齢・障がい・その他)
	6	ケース会議事例シート
	7	ケース会議報告
	8	支援終了・移管伺 ※移管文書含む

更新 2026/5/21

■ ○○年度 ○○ 相談支援対象者一覧表

相談世帯数: 0 相談件数: 0

NO	相談経路	事例分類	相談日	対象者氏名	性別	生年月日	年齢	相談概要	支援	支援内容	つなぎ先	後日確認	確認時期	備考	担当者 (地区担当)
1							126								
2							126								
3							126								
4							126								
5							126								
6							126								
7							126								
8							126								
9							126								
10							126								

〇〇年度 継続支援管理台帳(〇区 □地区) 更新:20 年 月時点

No	分類	継続支援開始日	支援対象者					保護者/主たる介護者		住所	初回相談概要	ケース概要	関係機関	生活保護受給	進捗管理		災害時			年度未処遇	終結年月日	担当者		
			氏名	性別	生年月日	年齢	保健福祉制度	氏名	続柄						次回支援時期	次回支援内容	連絡先	優先度	避難場所					

相談票

相談日 令和 年 月 日 : ~ : 対応者:

相談者	氏名				受付方法	電話	来所	その他 ()		
	住所または所属機関等				電話番号					
	相談経路	本人 家族・親族 [] 地域(町内会・民生委員・地域住民・企業・団体・その他) 関係機関(母子・高齢・障がい) [] 医療機関 役所内 [] その他 []								
対象者 (本人)	(ふりがな)									
	氏名	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	(歳)		
	現住所									
	居 所	電話番号:	その他連絡先:			(続柄)				
		自宅	医療機関・施設 ()			その他 ()				
	主疾患	あり:	なし							
		主治医:								
	身体状況									
	利用サービス				障害手帳	有 ()	種	級		
	経済状況	生活保護受給	年金	給与収入	その他収入 ()					
家 族	氏名	続 柄	年齢	同居	別居	特記事項				
				同居	別居					
				同居	別居					
				同居	別居					
主 訴 (相談者)										
状況・ 相談内容										
判 断										
対応内容										
支援方針	終結 () つなぎ支援(他課・他機関紹介) : つなぎ先 保護課、相談支援係 ⇒ 本人へ情報提供 つなぎ先へ連絡(状況説明) つなぎ先から本人へ連絡を依頼 つなぎ先との訪問や面接を調整 その他 () つなぎ先への後日確認: 要 () 頃) 不要 継続支援 ()									

< 供覧 >

部 長	課 長	係 長	係 (記録者)

報告年月日
令和 年 月 日

年月日	方法	対 象	内 容	結果・次回計画
令和 年	訪問 面接 電話発信 電話受信 文書 メール送信 メール受信 会議 その他 ()	本人 家族 (その他	記録者)	終結 つなぎ支援 継続 時期： 方法： つなぎ先： 入手
令和 年	訪問 面接 電話発信 電話受信 文書 メール送信 メール受信 会議 その他 ()	本人 家族 (その他	記録者)	終結 つなぎ 支援継 続 時期： 方法： つなぎ先： 入手
令和 年	訪問 面接 電話発信 電話受信 文書 メール送信 メール受信 会議 その他 ()	本人 家族 (その他	記録者)	終結 つなぎ支援 継続 時期： 方法： つなぎ先： 入手
令和 年	訪問 面接 電話発信 電話受信 文書 メール送信 メール受信 会議 その他 ()	本人 家族 (その他	記録者)	終結 つなぎ支援 継続 時期： 方法： つなぎ先： 入手

<供覧>

部 長	課 長	係 長	係
			(記録者)

報告年月日:令和 年 月 日

世帯管理票

【事例分類】

高齢 障がい 難病 成人
その他()

記載日: 年 月 日

<家族・支援者状況>

氏名			続柄	生年月日	同居別居	健康状態 サービス利用状況	職業 連絡先
男	女			(歳) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
男	女			(歳) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
男	女			(歳) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
男	女			(歳) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
男	女			(歳) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
男	女			(歳) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
男	女			(歳) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
住	電話番号						
所	区	電話番号					
	区	電話番号					
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金・給与収入 <input type="checkbox"/> その他収入() <input type="checkbox"/> 生活保護(担当CW 内線)						

<入手管理>

入手日	入手理由	終結日	終結理由
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題解決 <input type="checkbox"/> 状況改善 <input type="checkbox"/> 他機関に引継ぎ <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()

<事例の概要>

--

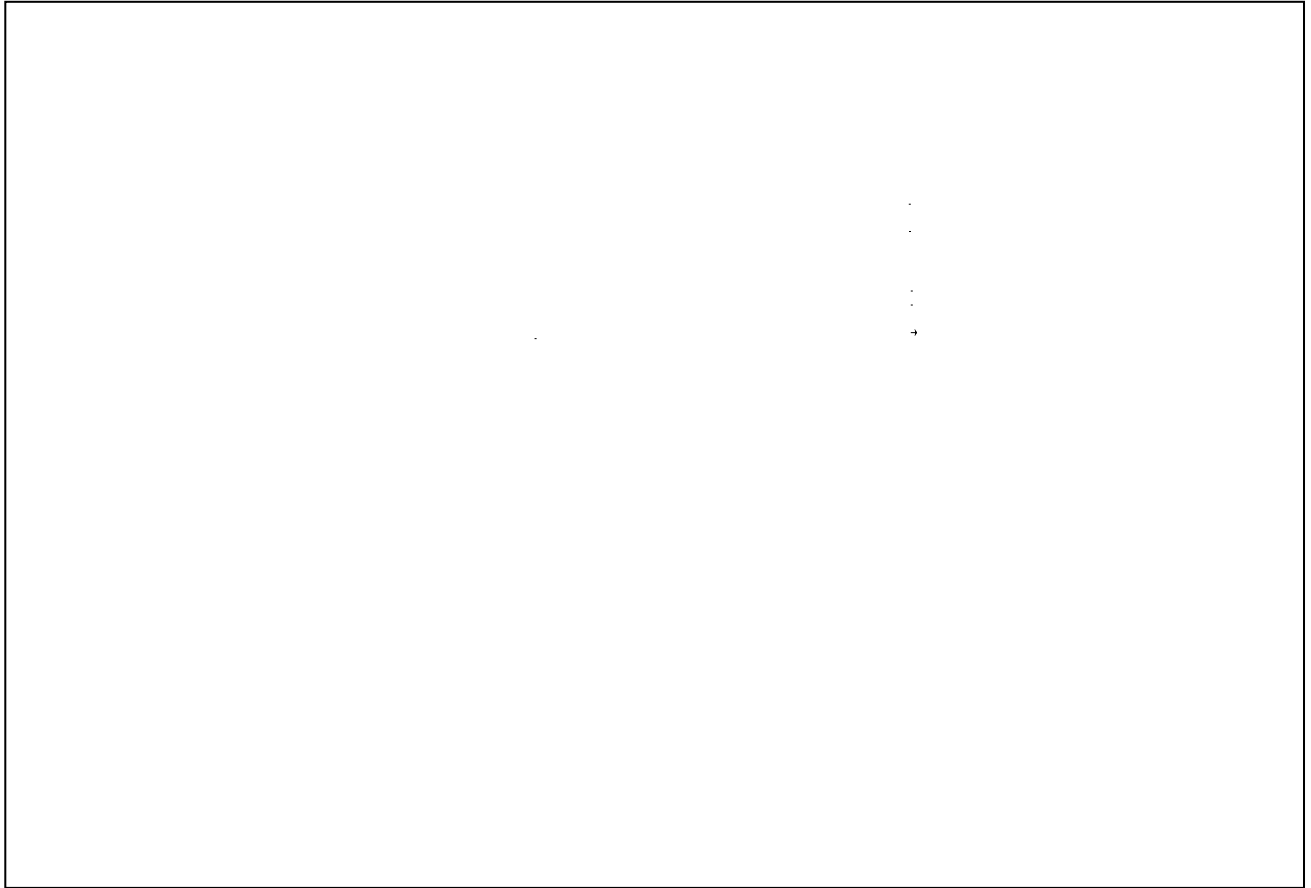
<関係機関>

機関名	担当者	電話番号	備考

<ジェノグラム>

*必要時エコマップ活用

記載日: 年 月 日



【エコマップ凡例】	
□	男性
○	女性
△	性別不明
■	死亡
○	組織・機関名
—	普通の関係
—	強い結びつき
- - -	希薄な関係
##>	拒否・対立
→	働きかけの方向

面接・訪問記録票

地区	入手月日	相談月日
対象者		
目的		
主訴		
現在の状況		
保健師の判断		
支援内容		
今後の支援方針		
	時期	方法 具体的な計画

報告月日 年 月 日

供覧	部長	課長	係長	係 (記録者)

支援経過票

【個別支援様式5】

No. 1

年月日	方法	対象	内容	次回計画
令和年 /	訪問 面接 電話発信 電話受信 文書 メール送信 メール受信 会議 その他 ()	本人 家族 () その他 ()	記録者()	時期: 方法:
令和年 /	訪問 面接 電話発信 電話受信 文書 メール送信 メール受信 会議 その他 ()	本人 家族 () その他 ()	記録者()	時期: 方法:
令和年 /	訪問 面接 電話発信 電話受信 文書 メール送信 メール受信 会議 その他 ()	本人 家族 () その他 ()	記録者()	時期: 方法:
令和年 /	訪問 面接 電話発信 電話受信 文書 メール送信 メール受信 会議 その他 ()	本人 家族 () その他 ()	記録者()	時期: 方法:

<供覧>

部長	課長	係長	係
			(記録者)

報告年月日: 令和 年 月 日

ケース会議用事例シート

作成係	課	作成者
-----	---	-----

作成日

【1 基本情報】

氏名(漢字・カナ) ↓(同居・別居)	続柄	性別	生年月日	年齢	職業	福祉制度の受給状況			健康状態	既往歴	経済状況
						生保	手帳	介護度			
①											
②											
③											
④											
⑤											
⑥											
⑦											
⑧											
⑨											

ジェノグラム(家族図)

【3 現状詳細】

支援経過	
------	--

【2 検討内容】

目的					
事例の概要					
相談(入手)経路	本人	家族・親族(同居)続柄:	家族・親族(別居)続柄:	近隣住民	
	知人	民生児童委員	医療機関()	警察()署	
	保育園・幼稚園()	学校()	地域包括支援センター		
	予防センター	その他()			

【4 関係機関】

組織名等	担当者氏名(連絡先・内線)	今後の役割分担

部長	課長	係長	係

令和 年 月 日

ケース会議報告

所属

名前

下記対象者に対しケース検討会議を実施いたしましたので報告します。

【1 対象者】

氏名		生年月日		分類	
----	--	------	--	----	--

【2 会議日・会場】

【3 出席者】

所属	担当者名	所属	担当者名	所属	担当者名
1		5		9	
2		6		10	
3		7		11	
4		8		12	

【3 会議内容】

会議の目的	
検討事項	
支援方針／ 役割分担	

伺

部長	課長	係長	係

_____ 係 _____

以下の理由により終結・移管してよろしいか伺います。

起案日 令和 年 月 日
 決裁日 令和 年 月 日

終結・移管理由

1. 問題解決
()
2. 状況改善
()
3. 他機関に引継ぎ
 機関名()
 役割 ()
4. 転出
()
5. 入所 ()
6. 死亡 (年 月 日)
7. その他
()

札〇〇〇第 号
年(年) 月 日

(他市町村の場合)〇〇市・町・村長 様
〇〇区保健福祉部健康・子ども課長 様

(他市町村の場合)札幌市長 秋元 克広
〇〇区保健福祉部健康・子ども課長

継続支援事例の移管について

この度、(本市・当区)において継続支援を行ってございました(対象者の氏名)さんについて、(貴市・貴区)へ転出いたしましたので、別添により移管をいたします。

今後の支援につきまして、お取り計らいの程、よろしくお願いいたします。

担当者所属
(他市町村の場合:住所)
〇〇区保健福祉部 課 係

担当者氏名 _____

連絡先 _____ (内)

事例の概要

氏名 (性別・生年月日・年齢)	□男 □女 (年 月 日)職業:	
家族構成 (生年月日・年齢)	: (職業:)(年 月 日 歳) : (職業:)(年 月 日 歳)	
住 所 (連絡先電話番号)	【旧】 (TEL)	
	【新】 (TEL) 転居(予定)日: 年 月 日 住民票の異動 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 転居理由()	
事例分類		
世帯の概要	※家族背景・成育歴・経済状況を含む	家族構成(ジェノグラム)
		※区間・区内異動の場合は、世帯管理票参照
依頼事項 ・継続支援の目的 ・緊急性の判断 ・移管後の支援計画 (時期・方法等)	引継ぎに係る同意 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
支援経過	※区間: 支援経過票参照 ※市外: 簡潔に支援経過を記載する。	
備 考		
記入者所属・氏名	札幌市 区 課 係 (TEL -) 担当:	

令和7年度 保健師業務検討ワーキング

	氏 名	所属・職名	グループ
1	佐々木 暁子	中)保健福祉部保健福祉課 保健支援係長	個別支援G
2	森田 朋紀	北)保健福祉部保健福祉課 保健支援係長	地区活動G
3	瀬川 富加	東)保健福祉部健康・子ども課 健やか推進係長	個別支援G
4	染谷 聡子	白)保健福祉部健康・子ども課 健やか推進係長	地区活動G
5	東 如恵	厚)保健福祉部保健福祉課 保健支援係長	地区活動G
6	山岸 由佳	豊)保健福祉部健康・子ども課 健やか推進係長	個別支援G
7	中川 妙美	清)保健福祉部健康・子ども課 健やか推進係長	地区活動G
8	原 智子	南)保健福祉部健康・子ども課 健やか推進係長	個別支援G
9	高田 美希	西)保健福祉部保健福祉課 保健支援係長	地区活動G
10	神田 至絵	手)保健福祉部保健福祉課 保健支援係長	個別支援G
11	遠藤 智美	北)保健福祉部健康・子ども課 およこ支援担当係長	地区活動G
12	横川 ゆかり	厚)保健福祉部健康・子ども課 家庭児童相談担当係長	個別支援G
13	坂本 佳子	保)高齢保健福祉部介護保険課 認知症支援担当係長	地区活動G
14	上野 泉	子)子育て支援部子育て支援課 母子保健係長	個別支援G
※	林 利恵子	北)保健福祉部 健康・子ども課長	オブザーバー
※	山口 裕美	清)保健福祉部 介護障がい担当課長	オブザーバー

令和7年度 作成ワーキング

	氏名	所属	グループ
1	高瀬 里奈	中)保健福祉部保健福祉課保健支援係	地区活動G
2	谷垣 友梨	中)保健福祉部健康・子ども課健やか推進係	個別支援G
3	川上 有紀	北)保健福祉部保健福祉課保健支援係	個別支援G
4	坂本 静香	北)保健福祉部健康・子ども課健やか推進係	個別支援G
5	齋藤 彩乃	東)保健福祉部保健福祉課保健支援係	地区活動G
6	松平 利奈	東)保健福祉部健康・子ども課健やか推進係	個別支援G
7	高田 絢子	白)保健福祉部保健福祉課保健支援係	地区活動G
8	柏葉 直子	白)保健福祉部健康・子ども課健やか推進係	地区活動G
9	正治 理子	厚)保健福祉部保健福祉課保健支援係	地区活動G
10	高橋 咲美	厚)保健福祉部健康・子ども課健やか推進係	個別支援G
11	森 純子	豊)保健福祉部保健福祉課保健支援係	個別支援G
12	横山 桂子	豊)保健福祉部健康・子ども課健やか推進係	地区活動G
13	吉田 麻耶	清)保健福祉部保健福祉課保健支援係	地区活動G
14	長井 貴宏	清)保健福祉部健康・子ども課健やか推進係	個別支援G
15	池村 麻衣子	南)保健福祉部保健福祉課保健支援係	地区活動G
16	山田 香織	南)保健福祉部健康・子ども課健やか推進係	地区活動G
17	松淵 真由美	西)保健福祉部保健福祉課保健支援係	個別支援G
18	安藤 良江	西)保健福祉部健康・子ども課健やか推進係	地区活動G
19	鈴木 美里	手)保健福祉部保健福祉課保健支援係	地区活動G
20	笹岡 碧	手)保健福祉部健康・子ども課健やか推進係	地区活動G

事務局

1	宮村 香	保)ウェルネス推進部地域保健担当課長
2	村上 真弓	保)ウェルネス推進部ウェルネス推進課地域保健推進担当係長
3	伊藤 真己	保)ウェルネス推進部ウェルネス推進課地域保健推進担当係
4	鷹橋 理沙子	保)ウェルネス推進部ウェルネス推進課地域保健推進担当係

