（様式２）

母子・父子自立支援プログラム

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケースNo. | 面接日時 | 年　　月　　日　（　　）　（　　　：　　　） | | | | |
|  | 面接者名 |  | | 申込形態 | | □来所　　□電話　　□紹介（　　　　　）  □その他（　　　　　　　） |
| 氏　　名 |  | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日　　（満　　　歳） |
| 現 住 所 | 〒 | | | | | |
| 住民登録地 | 〒 | | | | | |
| 本籍地 | 〒 | | | | | |
| 相談経路 | □本人  □友人の紹介  □家族・親族の紹介  □当事者団体の紹介  □警察・病院の紹介  □福祉関連機関・施設の紹介  □その他 | | | | （具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　）  （具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　）  （具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　）  （具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　）  （具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　）  （具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 福祉サービス利用歴 |  | | | | | |
| 問題の進展・来所に至る  経緯 | 年月日 | | で　き　ご　と | | | |
|  | |  | | | |
| 前夫（前妻）との関係・養育費 | □連絡有り　（　定期　・　不定期　　　　　□連絡無し  養育費の支払い　　　　　　　□有り　　　　□無し（理由　　　　　　　　　　　　　　）  養育費の支払い請求の経験　　□有り　　　　□無し（理由　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 負債状況 |  | | | | | |
| 家計の状況 |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 相　談　者 | | | | | | | 面　接　者 | | |
| 生活歴・現在の生活状況 | |  | | | | | | |  | | |
| 子育て・保育の状況 | |  | | | | | | |  | | |
| 健康状態（家族等も含む） | |  | | | | | | |  | | |
| 職歴・資格等 | | | 主な職歴（勤続経験が長いもの） | | | |  | | | | |
|  | | | |
| 主な転職理由 |  | | | | | | | |
|  |
| 本人が「自分にとって向いていた」と考える職業とその理由 | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |
| 本人が「自分にとって不向きだった」と考える職業とその理由 | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| 本人が有する資格・免許等 | | |  | | | | | |
|  | | |
| 現在の職業 | | | 職種、仕事の内容 | |  | | | | | | |
|  | |
| 雇用形態・給与 | |  | | | | | | |
|  | |
| 勤務時間・処遇等 | |  | | | | | | |
|  | |
| 勤務年数 | |  | | | | | | |
|  | |
| その他 | |  | | | | | | |
|  | |
| 相談内容・今後望むこと | | | | | | | | 面接者の見解 | | | |
| 主訴 |  | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談内容・今後望むこと | | | 面接者の見解 |
| 健康について |  | |  |
| 生活・住居について |  | |  |
| 子育て・保育について |  | |  |
| 収入について |  | |  |
| 養育について |  | |  |
| 仕事について |  | |  |
| その他 |  | |  |
| 自立目標 | |  | |
| 自立・就労に対する阻害要因 | | | 支援方策 |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経　過　記　録 | | |
| 年月日 | 内　　容 | 評価・助言内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |