

虐待相談・通報・届出受付票

相談年月日	年 月 日 時 分 ~ 時 分			対応者			
相談者 (通報者)	氏名				受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他()	
	住所または 所属機関名				電話番号		
	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族(同居・別居) 続柄: <input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> 民生・児童委員 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所 <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他()					

【本人の状況】

氏名		性別		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	年齢	歳
現住所	住民票登録住所 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 異							
電話:	その他連絡先: (続柄:)							
居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他()							
利用 サービス	障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 有()			<input type="checkbox"/> 無			
	その他サービス	<input type="checkbox"/> 有()			<input type="checkbox"/> 無		相談支援事業所	
主障害	<input type="checkbox"/> 身体障害() <input type="checkbox"/> 知的障害() <input type="checkbox"/> 精神障害() <input type="checkbox"/> その他()							
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有(種類: 等級:)		<input type="checkbox"/> 無		その他特記事項:			
経済状況						<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

【本人の意向など】※生活歴、キーパーソン、関係機関などわかる範囲で書き込む

【世帯状況】	【養護者の状況】																					
家族状況(ジェノグラム)	<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td>年齢</td> <td>歳</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">続柄</td> <td><input type="checkbox"/>親()</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>きょうだい()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>子()</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>子の配偶者()</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>その他()</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">連絡先</td> <td>電話番号</td> <td></td> <td>職業</td> </tr> <tr> <td colspan="3">その他特記事項</td> </tr> </table>	氏名		年齢	歳	続柄	<input type="checkbox"/> 親()	<input type="checkbox"/> きょうだい()		<input type="checkbox"/> 子()	<input type="checkbox"/> 子の配偶者()		<input type="checkbox"/> その他()			連絡先	電話番号		職業	その他特記事項		
氏名		年齢	歳																			
続柄	<input type="checkbox"/> 親()	<input type="checkbox"/> きょうだい()																				
	<input type="checkbox"/> 子()	<input type="checkbox"/> 子の配偶者()																				
	<input type="checkbox"/> その他()																					
連絡先	電話番号		職業																			
	その他特記事項																					

【主訴・相談の概要】

相談内容	
虐待の可能性	<input type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> 性的虐待 <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 介護・世話の放棄・放任 <input type="checkbox"/> 経済的虐待 (具体的な内容を記載)
情報源	相談者(通報・届出者)は <input type="checkbox"/> 実際に目撃した <input type="checkbox"/> 怒鳴り声や泣き声、物音等を聞いて推測した <input type="checkbox"/> 本人から聞いた <input type="checkbox"/> 関係者()から聞いた

【今後の対応】

<input type="checkbox"/> 相談終了: <input type="checkbox"/> 聞き取りのみ <input type="checkbox"/> 情報提供・助言 <input type="checkbox"/> 他機関への取次・斡旋(機関名:) <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 相談継続: <input type="checkbox"/> 相談支援事業所等による継続相談(内容:) <input type="checkbox"/> 障害者虐待 <input type="checkbox"/> その他()
備考()