

虐待通報・届出・相談受付票

様式1

相談年月日	年 月 日 ()	所属機関		対応者	
受付時間	～	対応時間	00 分	受付方法	☐ 電話 ☐ 来訪 ☐ その他 ()

【内容・報告】

入電内容 ※複数選択可	☐ 虐待の可能性	☐ 虐待に該当しない（その他の相談等）	☐ 間違い電話
	☐ 身体的虐待	☐ 性的虐待	☐ 心理的虐待
	☐ 虐待とは言い切れないが不適切な状況 ()	☐ 放棄・放置	☐ 経済的虐待
緊急性	☐ 緊急性がある（警察・救急等への連絡→ ☐ している ☐ していない） ☐ 緊急性はない		
虐待の種別	☐ 養護者による虐待 ☐ 使用者による虐待（勤務先： ()		
	☐ 障害者福祉施設従事者等による虐待（施設名： ()		
	☐ 精神科病院における業務従事者による虐待（病院名： ()（入院形態： ()		

【相談者（通報・届出者）・被虐待者の情報】

相談者 (通報・届出者)	氏名	(カナ)	性別		電話番号	
	住所または所属機関名				調査協力	今後の広島市からの連絡
	被虐待者との関係	☐ 本人 ☐ 家族・親族 () 続柄 () ☐ 近隣住民・知人 ☐ 警察 ☐ 職場 ☐ 相談支援事業所 ☐ 障害福祉サービス事業所 ☐ 民生委員等 ☐ 医療機関 ☐ 教育機関 ☐ その他 ()				
	情報源	☐ 本人から聞いた ☐ 実際に目撃した ☐ 怒鳴り声や鳴き声、物音等を聞いて推測した ☐ 関係者 () から聞いた				
	通報への同意	本人や保護者は通報に→ ☐ 同意している ☐ 拒否している ☐ 通報を知らない				
被虐待者 (障害者)	氏名	(カナ)	性別		生年月日	年齢
	現住所	住民票住所 ☐ 同左 ☐ 異				
	連絡先	その他連絡先	続柄等 ()			
	居所	☐ 自宅 ☐ 施設 () ☐ 病院 () ☐ その他 ()				
	主障害	☐ 身体障害 級 ⇒ ☐ 上肢機能 ☐ 下肢機能 ☐ 移動機能 ☐ 体幹機能 ☐ 平衡機能 ☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 音声・言語・そしゃく機能 ☐ 内部・免疫機能				
		☐ 知的障害 ()				
		☐ 精神障害 級 ()				
		☐ その他（難病等）()				
	認定状況	障害支援区分： ☐ 区分 ☐ 非該当 ☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 申請予定				
		介護保険の要介護度： ☐ ☐ 非該当 ☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 申請予定				
利用サービス	☐ 障害福祉サービス () ☐ その他サービス ()					
相談支援事業所	その他特記事項					
経済状況					生活保護受給	
本人の意向等						

【具体的な通報・届出・相談内容】

聞き取り 内容	誰から :
	いつから :
	頻度は :
	どんな風に :

【具体的な通報・届出・相談内容 追記分】 ※1枚目に書ききれない場合はこちらを使用

聞き取り 内容	
------------	--

【具体的な対応内容】

対応・ 助言等	
取次・斡旋 等を行った 他相談機関	
所感等	