

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
<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来訪 <input type="checkbox"/> その他 ()				

【内容・報告】

入電内容 <small>※複数選択可</small>	<input type="checkbox"/> 虐待の可能性 <input type="checkbox"/> 虐待に該当しない(その他の相談等) <input type="checkbox"/> 間違い電話 <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"/> 放棄・放置 <input type="checkbox"/> 経済的虐待 <input type="checkbox"/> 虐待とは言い切れないが不適切な状況 ()
緊急性	<input type="checkbox"/> 緊急性がある (警察・救急等への連絡→ <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない) <input type="checkbox"/> 緊急性はない
虐待の種類	<input type="checkbox"/> 養護者による虐待 <input type="checkbox"/> 使用者による虐待 (勤務先:) <input type="checkbox"/> 障害者福祉施設従事者等による虐待 (施設名:)

【相談者(通報・届出者)・被虐待者の情報】

相談者 <small>(通報・届出者)</small>	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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・親族 () 続柄 () <input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 職場 <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"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	情報源	<input type="checkbox"/> 本人から聞いた <input type="checkbox"/> 実際に目撃した <input type="checkbox"/> 怒鳴り声や鳴き声、物音等を聞いて推測した <input type="checkbox"/> 関係者 () から聞いた				
	通報への同意	本人や保護者は通報に→ <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 通報を知らない				
被虐待者 <small>(障害者)</small>	氏名	(カナ)	性別		生年月日	年齢
	現住所	住民票住所 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 異				
	連絡先	その他連絡先	続柄等 ()			
	居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	主障害	<input type="checkbox"/> 身体障害 級 ⇒ { <input type="checkbox"/> 上肢機能 <input type="checkbox"/> 下肢機能 <input type="checkbox"/> 移動機能 <input type="checkbox"/> 体幹機能 <input type="checkbox"/> 平衡機能 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく機能 <input type="checkbox"/> 内部・免疫機能				
		<input type="checkbox"/> 知的障害 () <input type="checkbox"/> 精神障害 級 () <input type="checkbox"/> その他(難病等) ()				
	認定状況	障害支援区分: <input type="checkbox"/> 区分 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定 介護保険の要介護度: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定				
	利用サービス	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス () <input type="checkbox"/> 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