

相談・通報・届出受付票

相談年月日	年 月 日 時 分～ 時 分	対応者：	所属機関：
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"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	年齢	歳	
現住所	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()						
程度区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分() <input type="checkbox"/> 申請中(月 日) <input type="checkbox"/> 本申請 <input type="checkbox"/> 申請予定						
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(種別： 等級：) <input type="checkbox"/> 無		その他特記事項：				
経済状況						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

【世帯構成】

家族状況(ジェノグラム)

【養護者の状況】

氏 名	年齢	歳
続 柄	<input type="checkbox"/> 親() <input type="checkbox"/> 兄弟()	
	<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"/> 怒鳴り声や鳴き声、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()