

ワークシート1 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"/> 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	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 ()									
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"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 不明 <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 <input type="checkbox"/> 不明								
	その他サービス	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 不明									

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

