

相談・通報・届出 受付票

受付日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	対応者	
受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他()		区分 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 通報 <input type="checkbox"/> 届出
相談者	氏名		本人との関係
	住所(所属)		電話番号

〈本人の状況〉

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所	居所： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他()
障害種別	<input type="checkbox"/> 身体障害(等級： 級)(障害名：) <input type="checkbox"/> 知的障害(判定： <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 精神障害→手帳： <input type="checkbox"/> 有(等級： 級) <input type="checkbox"/> 無 自立支援医療： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (診断名：) <input type="checkbox"/> 発達障害()		
主治医の有無	<input type="checkbox"/> 有(病医院名：) (主治医：) <input type="checkbox"/> 無		
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス() <input type="checkbox"/> その他のサービス() *相談支援事業所の利用： <input type="checkbox"/> 有(事業所名：) <input type="checkbox"/> 無		
経済状況	*生活保護の受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

〈家族構成〉

〈ジェノグラム〉

氏名	続柄	生年月日	職業	居住状況
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

〈養護者の状況〉

氏名		年齢	歳	続柄		連絡先	
住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居→現住所：						
健康状態							
特記事項							

〈内容〉

虐待(疑)区分	<input type="checkbox"/> 身体的 <input type="checkbox"/> 性的 <input type="checkbox"/> 心理的 <input type="checkbox"/> 放棄・放任(ネグレクト) <input type="checkbox"/> 経済的虐待
情報源	<input type="checkbox"/> 目撃 <input type="checkbox"/> 声や物音等から推測 <input type="checkbox"/> 本人の訴え <input type="checkbox"/> 関係者からの情報 <input type="checkbox"/> その他()

〈対応〉

<input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 関係機関と調整 <input type="checkbox"/> 緊急保護 <input type="checkbox"/> その他()

〈方針〉

<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続→(<input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 一般相談 <input type="checkbox"/> その他)