

障害者福祉施設従事者等による障害者虐待について（報告）

年月日	年 月 日 時 分		対応者：	
通報者 (相談者)	氏名		受付方法	
	住所		電話・FAX番号	
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所職員 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族（同居・別居）続柄（      ） <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> その他（    ）		

1 障害者福祉施設等の名称、所在地及びサービス種別

・名称	：	_____
・サービス種類	：	_____
	(事業者番号)	_____ )
・所在地	：	_____
	TEL	_____
	FAX	_____

2 障害者福祉施設従事者等による障害者虐待を受けた又は受けたと思われる障害者の性別、年齢及び障害種別その他の心身の状況

氏名		性別		年齢		歳
障害の種類 (支援区分)	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ) 障害支援区分 [ 非該当 1 2 3 4 5 6 不明等 ]					
心身の状況						

3 虐待の種類、内容及び発生要因

虐待の種類	<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・放任 <input type="checkbox"/> 経済的虐待 <input type="checkbox"/> その他（ _____ )		
虐待の内容			
発生要因			

4 虐待を行った従事者等の氏名、性別、生年月日及び職種

氏名		性別		生年月日	
職名・職務内容等					

養護者等による障害者虐待について(報告)

年月日	年 月 日 時 分～ 時 分		対応者：
通報者 (相談者)	氏 名		受付方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	住所又は 所属機関名		所 属
			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"/> その他 ( )	

【本人の状況】

氏 名		性別		生年月日	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 住	<input type="checkbox"/> 自宅 <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"/> 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"/> 発達障害 ( ) <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、関係機関など分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"/> 兄弟姉妹 ( )		
	<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"/> 身体に不自然な打撲痕、あざがあった <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