

埼玉県虐待通報ダイヤル対応記録票

番号		年月日		相談 時間	～	(分)	対応者		時間帯	
----	--	-----	--	----------	---	-------	-----	--	-----	--

【内容・報告】

入電内容	<input type="checkbox"/> 虐待通報	<input type="checkbox"/> 虐待以外の相談等	<input type="checkbox"/> 着信のみ	<input type="checkbox"/> 管轄外
被虐待者区分	<input type="checkbox"/> 児童	<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 障害者	
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"/> ネグレクト <input type="checkbox"/> 経済的虐待 <input type="checkbox"/> 不明 ※主たる虐待を選択			
189へ転送【夜間休日】		管轄		

【被虐待者(虐待されている人)の情報】

被虐待者	フリガナ			性別		年齢	
	氏名						
	居所(市町村)		町名・番地				

【虐待者(虐待している疑いのある人)の情報】

養護者	フリガナ			性別		続柄	
	氏名						
	居所(市町村)		町名・番地				
施設等 養護者	フリガナ		フリガナ				
	施設等名称		氏名				
	所在地(市町村)		町名・番地				
虐待者の 分類	<input type="checkbox"/> 養護者・施設等養護者による虐待 → <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 施設従事者等 <input type="checkbox"/> 使用者等 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	<input type="checkbox"/> 【告示施設】従事者等による虐待 → <input type="checkbox"/> 児童福祉施設の従事者 <input type="checkbox"/> 子育て関連施設の従事者 <input type="checkbox"/> 障害児施設の従事者 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	<input type="checkbox"/> 【学校】教職員による虐待						
	<input type="checkbox"/> 【病院】医師・看護師等による虐待						

【相談者(通報・届出者)の情報】

※相談者の個人情報が虐待者等に伝わらないようにご注意ください。

相談者 (通報・ 届出者)	フリガナ			性別		
	氏名					
	住所又は所属機関					
	連絡先1		連絡先2		連絡先3	
	被虐待者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	関係機関への情報提供	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 調査協力 <input type="checkbox"/> 関係機関からの連絡 (<input type="checkbox"/> 承諾 <input type="checkbox"/> 拒否)				
	情報源	<input type="checkbox"/> 実際に目撃している <input type="checkbox"/> 悲鳴や音等を聞いて推測 <input type="checkbox"/> 本人から聞いた <input type="checkbox"/> その他 ()				

【相談員対応欄】

処理状況	<input type="checkbox"/> 緊急性あり →	<input type="checkbox"/> 110番通報依頼	<input type="checkbox"/> 警察署へ連絡
		<input type="checkbox"/> 関係機関へ連絡	機 関 名: () 担当者名: ()
	<input type="checkbox"/> 緊急性なし →	<input type="checkbox"/> 転送(電話)	機 関 名: ()
		<input type="checkbox"/> 情報提供	担当者名: ()
<input type="checkbox"/> 未対応(理由:)			
所 感	<input type="checkbox"/> 支援機関による対応が必要	<input type="checkbox"/> 話を聞いてほしい	<input type="checkbox"/> 虐待以外の相談等
	<input type="checkbox"/> 今回の電話で対応終了 →	<input type="checkbox"/> 相談者自ら支援機関へ連絡	
	<input type="checkbox"/> 対象者の所在が不明 ()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

【具体的な相談内容】

内容	< 誰から（家族や施設等具体的に分かれれば明記） ・いつから ・頻度は ・どんな風に ・現在の本人の様子 ・キーパーソンなど >
	【主訴】
	【内容】
	【対応】
特記事項	

【夜間・休日 業務日誌】
【 年 月 日 ～ 年 月 日 】

1 通報等の件数

主たる虐待										
身体的虐待	性的虐待	心理的虐待	ネグレクト	経済的虐待	不明	虐待通報※①	虐待以外の相談等②	計①＋②	着信のみ	管轄外
										合計

2 被虐待者区分

虐待通報※の内訳

児童	
高齢者	
障害者	
計	

3 虐待者の分類

養護者・施設等養護者による虐待	家族	同居人	施設従事者等	使用者等	その他	【告示施設】従事者等による虐待	児童福祉施設の従事者	子育て関連施設の従事者	障害児施設の従事者	その他	【学校】教職員による虐待	【病院】医師・看護師等による虐待	計

4 通報者

本人	
家族・親族	
近隣住民・知人	
その他	
計	

5 処理状況

緊急性あり	緊急性なし			緊急性なし	関係機関へ転送	関係機関へ情報提供	未対応
	110番通報依頼	警察へ連絡	関係機関のみ連絡（即時報告）				