

相談・通報・届出受付票（総合相談）

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"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所 <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"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	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（ ）					
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <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	介護保険	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			介護支援専門員	
	総合事業	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			居宅介護支援事業所	
	介護保険外	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし				
主疾患	<input type="checkbox"/> 一般（ ） <input type="checkbox"/> 認知症（ ） <input type="checkbox"/> 精神疾患（ ） <input type="checkbox"/> 難病（ ）					
身体状況	障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（等級： 種別： ）				
経済状況	生活保護受給（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり）					

【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）

【介護者の状況】

氏名	年齢	歳
続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 息子の配偶者 <input type="checkbox"/> 娘の配偶者 <input type="checkbox"/> 実兄弟 <input type="checkbox"/> 実姉妹 <input type="checkbox"/> 義兄弟 <input type="checkbox"/> 義姉妹 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	連絡先	<input type="checkbox"/> 同上
	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"/> 家から怒鳴り声や泣き声が聞こえたり、大きな物音がする〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 暑い日や寒い日、雨の日なのに高齢者が長時間外にいる〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 介護が必要なのに、サービスを利用している様子が無い〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 高齢者の服が汚れていたり、お風呂に入っている様子が無い〔疑い〕 <input type="checkbox"/> あざや傷がある〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 問いかけに反応がない、無表情、怯えている〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 食事をきちんと食べていない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 年金などお金の管理ができていない〔疑い〕 <input type="checkbox"/> 介護者の態度（ ） <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"/> 権利擁護対応（虐待対応を除く） <input type="checkbox"/> 包括的継続的ケアマネジメント支援 <input type="checkbox"/> 高齢者虐待 <input type="checkbox"/> その他（ ） 備考（ ）
