**様式第1号**（第6条関係）

**障害者　相談・通報・届出受付票　　　　　受付ＮＯ（　）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | □電話　□来所　□その他（　　） | | | | | | | |
| 住所または  所属機関名 | |  | | | | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | |
| 本人との  関係 | | □本人　　□家族親族（同居・別居）続柄：　　　　　□近隣住民・知人　　□民生・児童委員  □相談支援事業所　　□障がい福祉サービス事業所　　□教育機関　　　　　□職場  □医療機関　　　　　　　　□警察　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【本人の状況】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | 性別 |  | 生年月日 | | | | □大正□昭和□平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 年齢 | | 歳 |
| 現住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 住民票登録住所　□同左　□異 | | | | | | |
| 電話： | | | | | | その他連絡先： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居　所 | □自宅　□病院（　　　　　　　　）　□施設（　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障がい程度区分 | □非該当　　□１　　□２　　□３　　□４　　□５　　□６　　□申請中（　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用サービス | 福祉ｻｰﾋﾞｽ | □あり（　　　　　　　　　　　）　□なし | | | | | | | | | | | | | 相談支援事業所 | | | |  | | | | |
| 介護保険 | □あり（　　　　　　　　　　　）　□なし | | | | | | | | | | | | | サービス提供事業所 | | | |  | | | | |
| 主障がい | □身体障がい　　□知的障がい　　□精神障がい　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障がい状況 |  | | | | | | | 障がい手帳 | | | | | □無　□有（等級：　　　種別：　　　） | | | | | | | | | | |
| 経済状況 |  | | | | | | | | | | | | 生活保護受給（□なし　□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】 | | | | | | | | | 【養護者の状況】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族状況（ジェノグラム） | | | | | | | |  | 氏名 | | |  | | | | | | | | 年齢 | | 歳 | |
| 続柄 | | | □親（　　　　　）　□兄弟（　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| □子（　　　　　）　□子の配偶者（　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| その他特記事項 | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |
| 【主訴・相談の概要】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 相談内容 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 虐待の  可能性 | 具体的内容を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 情報源 | 相談者（通報・届出者）は　□実際に目撃した　　□怒鳴り声や泣き声、物音等を聞いて推測した | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □本人から聞いた　　□関係者（　　　　　　　　　　）から聞いた | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【今後の対応】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □相談終了：□聞き取りのみ　□情報提供　□多機関への取次（機関名：　　　　　）　□その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □相談継続：□権利擁護対応（虐待対応を除く）□相談支援事業所等による継続相談（機関名：　　　　　）  　　　　　　□障がい者虐待　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |