**高齢者虐待相談票（養護者による虐待）**

**＜基本情報＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談日 | 平成　　　　　年　　　　月　　　　日 | | 初回／再来（前　　年　　月　　日） |
| 対象となる高齢者氏名  （本人） |  | 性別  男性  女性 | ジェノグラム |
| 生年月日  M・T・**S**　　　　年　　　月　　　日 | 年齢  　　　　　　　歳 |
| 住所 | TEL：  FAX： | |
| 相談者氏名 |  | 本人との関係 |
| 養護者氏名 |  | 本人との関係 | 本人と養護者は  同居／別居／その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**＜状況・内容について＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 具体的状況 | ■いつ、誰が、どこで、どのような方法で  ↓受傷部位等記入欄（写真等あれば添付し提出）  （具体的な日時・場所・方法等）  ■種類（身体的・ネグレクト・心理的・性的・経済的）  ■事実（有・疑い）  ■緊急性：有（大至急／至急／通常）・無  ■理由： |
| 上記に至った経緯・動機等 | 上記に至った経緯や動機として考えられること、知っていることなど |

**＜本人に関する情報＞**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の心身の　状　況 |  | | | | | |
| 本　人　の要介護状態 | 未申請（自立）／非該当／総合事業対象者  ／要支援１／要支援２／要介護１／要介護２／要介護３／要介護４／要介護５／不明  有効期限：　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（前回の介護度　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 日常生活  自 立 度 | 障害高齢者の日常生活自立度 | | 自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２ | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | 自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ｍ | | | |
| 現在の生活  介護サービス等利用状況 |  | | | | | |
| 障害等認定 | 身障（　　　）、療育（　　　）、精神（　　　）、難病（　　　）、その他（　　　　　）（　　　　　） | | | | | |
| 本人の  住居環境 | 自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室（有／無）（　　　）階、住宅改修（有／無） | | | | | |
| 経済状況 | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 病歴 | 病名 | 医療機関・医師名(主治医・意見作成者に☆) | | | 経過 | 備考 |
| S・H　　年  　月　　日 |  |  | | ℡ | 通院中  その他 |  |
| S・H　　年  　月　　日 |  |  | | ℡ | 通院中  その他 |  |
| S・H　　年  　月　　日 |  |  | | ℡ | 通院中  その他 |  |

＜養護者に関する情報＞

|  |  |
| --- | --- |
| 養護者の  住所・連絡先 | □本人と同じ  □本人と別　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：  FAX： |
| 養護者の  心身の状況 |  |

＜その他家族・親族に関する情報＞

|  |  |
| --- | --- |
| 他の家族等の状況 |  |