

## 紹介・通報書

那覇市地域包括支援センター( )

様

通報日: 年 月 日

通報者	氏名		電話番号	
	住所または所属機関名			
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居)続柄: <input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> 民生委員児童委員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <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( )		
高齢者	ふりがな氏名		性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
	生年月日	年 月 日生 ( )歳		
	住所			
	連絡先	自宅:	携帯電話:	その他:
(疑)虐待者	ふりがな氏名		続柄	
	職業			
	生年月日	年 月 日生 ( )歳		
	住所	高齢者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: )		
虐待の内容	いつ: どこで: 内容:			
情報源	通報者は <input type="checkbox"/> 実際に目撃した <input type="checkbox"/> 悲鳴や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			
通報について	高齢者はこの通報を <input type="checkbox"/> 了解している <input type="checkbox"/> 了解していない <input type="checkbox"/> 知らせていない 虐待者はこの通報を <input type="checkbox"/> 了解している <input type="checkbox"/> 了解していない <input type="checkbox"/> 知らせていない			

※高齢者虐待発見チェックシートをご活用ください。

※医療機関からの通報の場合、医療機関用(救急外来の場合は救急用)のチェックリストも一緒にお送りください。

※医療機関から連携医療機関への紹介は、必要時診療情報提供書などもご活用ください。