

# 虐待通報受付・経過記録書

(虐待防止受付担当者記入)

受付日	令和 年 月 日 ( )	虐待の発生時期	年 月 日	受付NO.		想定原因	<input type="checkbox"/> 怪我等	<input type="checkbox"/> 職員の態度・言動	<input type="checkbox"/> 支援の内容	<input type="checkbox"/> 権利侵害	
記入者		虐待の発生場所				対応経過					
通報者	(フリガナ) 氏名		住所	TEL							
	利用者との関係	本人、親子、 その他( )									
通報者が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入											
虐待の内容等											
	解決策										
備考											
通報者の要望	<input type="checkbox"/> やめてほしい <input type="checkbox"/> 回答がほしい <input type="checkbox"/> 調査してほしい <input type="checkbox"/> 改めてほしい <input type="checkbox"/> 対応してほしい    その他( )										
通報者への確認	第三者委員への報告の要否    要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄( )										
	話し合いへの第三者委員の助言、立ち合いの要否    要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄( )										
結果											