

相談・通報・届出受付票

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 ( )
	住所又は 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"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 警察	<input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> 民生・児童委員 <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ( )

【本人の状況】

氏名	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	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 ( )					
支援区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 ( 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定					
利用サービス	障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				
	その他サービス	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		相談支援事業所		
主障害	<input type="checkbox"/> 身体障害 ( ) <input type="checkbox"/> 知的障害 ( ) <input type="checkbox"/> 精神障害 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明					
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (種別： 等級： ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		その他特記事項：			
経済状況	生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明					

【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)

【養護者の状況】

氏名	年齢	歳
続柄	<input type="checkbox"/> 親 ( ) <input type="checkbox"/> きょうだい ( ) <input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
連絡先	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、雨の日なのに長時間外にいる [疑い] <input type="checkbox"/> 外出する姿を見かけない、声を聞かない [疑い] <input type="checkbox"/> 必要と思われるサービスを利用している様子がない [疑い] <input type="checkbox"/> 服が汚れていたり、お風呂に入っている様子がない [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、おびえている [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"/> 養護者の態度 ( ) <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"/> 相談継続： 備考 (	<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"/> 相談支援事業所等による継続相談 (内容： ) <input type="checkbox"/> 障害者虐待 <input type="checkbox"/> その他 ( )
--	--

情報共有・協議票

開催日時： 年 月 日 ( ) 午前/午後 時 分

【虐待の可能性（通報段階）】

虐待の可能性 (通報段階)	<input type="checkbox"/> 身体的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 性的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 心理的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 放棄・放置の疑い <input type="checkbox"/> 経済的虐待の疑い <input type="checkbox"/> 虐待とは言い切れないが不適切な状況 ( )
------------------	--

【情報収集依頼項目】

収集項目	情報収集内容	依頼先機関・依頼方法
世帯構成	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ( )	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( ) 依頼方法 ( )
障害者福祉サービス	<input type="checkbox"/> 障害者手帳の有無 (身・知・精) <input type="checkbox"/> 障害支援区分の有無 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 担当相談支援事業所	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( ) 依頼方法 ( )
福祉サービス等	<input type="checkbox"/> 生活保護の受給 <input type="checkbox"/> 介護認定の有無 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用状況 <input type="checkbox"/> ( )	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( ) 依頼方法 ( )
経済状況	<input type="checkbox"/> 課税状況 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 滞納状況 ( ) <input type="checkbox"/> 国民健康保険納付状況 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度保険納付状況 <input type="checkbox"/> 水道料金公共料金滞納状況 ( ) <input type="checkbox"/> 公営住宅家賃滞納状況	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( ) 依頼方法 ( )
関係機関等	<input type="checkbox"/> 主治医・医療機関 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センターの関与 <input type="checkbox"/> 他機関 ( ) の関与	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( ) 依頼方法 ( )
その他	<input type="checkbox"/> 担当地区民生・児童委員 (生活状況の確認) <input type="checkbox"/> ( )	依頼日時 ( 月 日 ( ) 午前/午後 時 分) 依頼先 ( ) 依頼者 ( ) 依頼方法 ( )

※情報収集依頼によって得られた情報は、アセスメント要約票へ集約し整理する

【事実確認の方法と役割分担】

協議日時： 年 月 日 ( ) 午後 時 分

協議者： \_\_\_\_\_ 協議方法 (集合 電話 訪問 その他)

事実確認の方法	面接調査	障害者： <input type="checkbox"/> 自宅訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他の場所 ( ) 面接者 ( , )
		養護者： <input type="checkbox"/> 自宅訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他の場所 ( ) 面接者 ( , )
	関係者からの聞き取り	<input type="checkbox"/> ケース会議等 ( ) 担当： ( )
		<input type="checkbox"/> 関係者・関係機関 1 ( ) 担当： ( )
		<input type="checkbox"/> 関係者・関係機関 2 ( ) 担当： ( )
	<input type="checkbox"/> 関係者・関係機関 3 ( ) 担当： ( )	
※訪問時の状況や聞き取りした内容を「事実確認票」へ記載		
事実確認中に予測されるリスクと対応方法		
事実確認期限	年 月 日 ( ) 午前/午後 時迄 ※48時間以内のコアメンバー会議開催を踏まえて設定する (コア会議開催予定年月日： 年 月 日 ( ) 時)	

※事実確認の方法と役割分担に関する協議が終わったら「事実確認」へ



### 事実確認項目（サイン）

※1：「通」：通報があった内容に○をつける。「確認日」：行政職員が確認した日付を記入。

※2：「確認項目」の列の太字で下線の項目（例「外傷等」）が確認された場合は、『緊急保護の検討』が必要。

通	確認日	確認項目	サイン；当てはまるものがあれば○で囲み、他に気になる点があれば（ ）に簡単に記入	確認方法（番号に○印またはチェック） 確認者（カッコ内に「誰が」、「誰（何）から」を記入） 1.写真、2.目視、3.記録、4.聞き取り、5.その他
身体 の状態・ けが等		<b>外傷等</b>	<b>頭部外傷（血腫、骨折等の疑い）、腹部外傷、重症の腫れ等、その他（ ）</b> 部位： 大きさ： 色：	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>全身状態・意識レベル</b>	<b>全身衰弱、意識障害、その他（ ）</b>	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>脱水症状</b>	<b>重い脱水症状、脱水症状の繰り返し、軽い脱水症状、その他（ ）</b>	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>栄養状態</b>	<b>栄養失調、低栄養・低血糖の疑い、その他（ ）</b>	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>あざや傷</b>	身体に複数のあざ、頻発なあざ、やけど、刺し傷、打撲痕・腫脹、その他（ ） 部位： 大きさ： 色：	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>体重の増減</b>	急な体重の減少、やせすぎ、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>出血や傷の有無</b>	生殖器等の傷、出血、かゆみの訴え、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>その他</b>		1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
生活 の状況		<b>衣服・寝具の清潔さ</b>	着の身着のまま、濡れたままの下着、汚れたままのシーツ、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>身体の清潔さ</b>	身体の臭気、汚れのひどい髪、皮膚の潰瘍、のび放しの爪、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>適切な食事</b>	菓子パンのみの食事、よそではガツガツ食べる、拒食や過食が見られる、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>適切な睡眠</b>	不眠の訴え、不規則な睡眠、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>行為の制限</b>	自由に外出できない、自由に家族以外の人と話すことができない、長時間家の外に出されている、姿を見かけない、声を聞かない、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>不自然な状況</b>	黄髪と日常生活の大きな落差、食べものにも固まっている、年金通帳・預貯金通帳がない、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>住環境の適切さ</b>	臭気がある、極度に乱雑、ベタベタした感じ、暖房の欠如、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>その他</b>		1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
話 の内容		<b>恐怖や不安の訴え</b>	「怖い」「辛い」「怒られる」「殺られる」などの発言、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>保護の訴え</b>	「殺される」「OOが怖い」「何も食べていない」「家にいたくない」「帰りにたくない」などの発言、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>強い自殺意欲</b>	「死にたい」などの発言、自分を否定的に話す、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>あざや傷の説明</b>	つじつまが合わない、求めても説明しない、隠そうとする、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>金銭の訴え</b>	「お金をとられた」「年金が入ってこない」「貯金がなくなった」などの発言、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>性的事柄の訴え</b>	「生殖器の写真が撮られた」などの発言、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>話のためらい</b>	関係者に話すことをためらう、話す内容が変化、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>その他</b>		1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
表情・ 態度		<b>おびえ、不安</b>	おびえた表情、急に不安がる、怖がる、人目を避けたがる、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>無気力さ</b>	無気力な表情、問いかけに無反応、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>態度の変化</b>	家族のいる場面いない場面で態度が異なる、なぜか態度が急変する、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>その他</b>		1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
サー ビスな どの 利用 状況		<b>適切な医療の受診</b>	家族が受診を拒否、受診を勧めても行った気配がない、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>適切な服薬の管理</b>	本人が処方されていない薬を服用、処方された薬を適切に服薬できていない、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>入退院の状況</b>	入退院の繰り返し、救急搬送の繰り返し、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>適切な福祉サービス</b>	必要であるが未利用、勧めても無視あるいは拒否、必要量が極端に不足、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>支援のためらい・拒否</b>	援助を受けたがらない、新たなサービスは拒否、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>費用負担</b>	サービス利用負担が突然払えなくなる、サービス利用をためらう、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
養 護 者 の 態 度 等		<b>支援者への尊重</b>	「何をやるかわからない」「押しつけてしまうかもしれない」等の訴えがある、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>保護の訴え</b>	支援者が被害者の保護を求めている、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>暴力、脅し等</b>	刃物、ピンなど凶器を使った暴力や脅しがある、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>本人に対する態度</b>	冷淡、横柄、無関心、支配的、攻撃的、拒否的、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>本人への発言</b>	「早く死んでしまえ」など否定的な発言、コミュニケーションをどうとしない、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>支援者に対する態度</b>	援助の専門家と会うのを避ける、話したがらない、拒否的、専門家に責任転嫁、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>精神状態・判断能力</b>	養護者の精神的不安定・判断力低下、非現実的な認識、その他（ ）	1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した
		<b>その他</b>		1、2、3、4、5 ( )が( )から確認した

公益社団法人日本社会福祉士会作成 「養護者による障害者虐待対応マニュアルVer I」（出典：東京都老人総合研究所作成様式を参考に作成）

虐待対応ケース会議記録・計画書(1)～コアメンバー会議用

決裁欄(例)	
課長	係長 担当者

本人氏名 \_\_\_\_\_

計画作成者所属 \_\_\_\_\_

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

会議日時: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分  
 初回計画作成日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

会議目的	出席者	所属:	氏名:	氏名:	氏名:	氏名:	氏名:
虐待事実の判断 <input type="checkbox"/> 虐待の事実なし <input type="checkbox"/> 判断できず <input type="checkbox"/> 虐待の事実あり → <input type="checkbox"/> 身体的虐待 <input type="checkbox"/> 性的虐待 <input type="checkbox"/> 心理的虐待 <input type="checkbox"/> 放棄・放置 <input type="checkbox"/> 経済的虐待 <input type="checkbox"/> その他	障害者本人の意見・希望	所属:	氏名:	氏名:	氏名:	氏名:	氏名:
虐待事実の判断根拠	養護者の意見・希望	所属:	氏名:	氏名:	氏名:	氏名:	氏名:
緊急性の判断		所属:	氏名:	氏名:	氏名:	氏名:	氏名:
緊急性の判断根拠		所属:	氏名:	氏名:	氏名:	氏名:	氏名:
総合的な対応方針 ※「アセスメント要約書」全体のまとめより	対応の内容	所属:	氏名:	氏名:	氏名:	氏名:	氏名:

- 虐待の事実なし  判断できず
- 虐待の事実あり  
 → 身体的虐待  性的虐待  心理的虐待  放棄・放置  経済的虐待  その他
- 緊急性なし  判断できず
- 緊急性あり
- 入院や通院が必要(重篤な外傷、脱水、栄養失調、衰弱等)
- 本人・養護者が保護を求めている
- 暴力や脅しが日常的に行われている
- 今後重大な結果が生じる、繰り返されるおそれが高い状態
- 虐待につながる家庭状況・リスク要因がある
- 本人の安全確認ができていない
- その他 ( )

- I. 障害者本人
- II. 養護者
- III. 家族関係
- IV. その他
- V. 今後の課題

※支援の必要性  あり  なし  不明

事実確認を継続(期限を区切った継続方針)

立入調査  警察への援助要請

緊急分離保護 ( )  入院 ( )

面会制限

在宅サービス導入・調整 ( )

【措置の適用】

有:  ショートステイ  
 障害者福祉施設 ( )

無

検討中(理由: )

成年後見制度又は日常生活自立支援事業の活用

経済的支援(生活保護相談・申請/各種減免手続き等) ( )

その他 ( )

虐待対応ケース会議記録・計画書（2）～コアメンバー会議用

決裁欄(例)	
課長	係長
	担当者

対象	優先順位	課題	目標	対応方法（具体的な役割分担）	
				何を・どのように	関係機関・担当者等 実施日時・期間／評価日
障害者					
養護者					
その他の家族					
関係者					
対応が困難な課題/今後検討しなければならない事項など（「アセスメント要約票」の全体のまともから記載）				計画評価予定日	年 月 日

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入



II. 養護者の情報 面接担当者氏名：		虐待発生リスク
【養護者の希望】居所の希望： <input type="checkbox"/> 在宅〔 <input type="checkbox"/> 同居、 <input type="checkbox"/> 独立〕 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 不明 / 分離希望： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/>
【健康状態等】 疾病・傷病： 既往歴： 受診状況： 服薬状況(種類)： 受診状況： 服薬状況(種類)： 診断の必要性： <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> その他( ) 具体的症状等⇒ 性格的な偏り： 障害： <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い) <input type="checkbox"/> 精神障害( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い)		<input type="checkbox"/>
【介護負担】 介護等の意欲： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 1日の介護時間： <input type="checkbox"/> ほぼ1日中 <input type="checkbox"/> 必要時のみ <input type="checkbox"/> 不明 介護期間(いつから始まったか、負担が大きくなった時期やきっかけ、最近の生活行動の変化など) ※期間と負担原因を明確に 平均睡眠時間：およそ____時間( )		<input type="checkbox"/>
【就労状況】 <input type="checkbox"/> 就労(就労曜日____~____ 就労時間____時~____時) 雇用形態( <input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 非正規： ) <input type="checkbox"/> 非就労 <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/>
【経済状況】 収入額 月____万円(内訳： ) 預貯金等____万円 借金____万円 <input type="checkbox"/> 借金トラブルがある <input type="checkbox"/> 本人の年金に生活費を依存 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 国民健康保険料滞納 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度保険料滞納 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/>
【近隣との関係】 <input type="checkbox"/> 良好( ) <input type="checkbox"/> 挨拶程度 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 関わりなし <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/>
III. 家族関係(家族歴、家族の抱える問題、家族の中の意思決定者、問題が起こったときの対処方法等)		
※計画書(1)の「関連機関等連携マップ」で集約する		<input type="checkbox"/>
IV. その他(近隣・地域住民等との関係、地域の社会資源、関係者・関係機関との関わり等)		
※計画書(1)の「関連機関等連携マップ」で集約する		<input type="checkbox"/>
<p>【全体のまとめ】：I~IVで抽出された虐待発生の要因の結果を踏まえて、分析、課題を整理する。 ※計画書(1)の「総合的な対応方針」、計画書(2)の「対応困難な課題/今後検討しなければならない事項」に反映する</p> <p>I. 障害者本人</p> <p>II. 養護者</p> <p>III. 家族関係(家族歴、家族の抱える問題、家族の中の意思決定者、問題が起こったときの対処方法等)</p> <p>IV. その他(近隣・地域住民等との関係、地域の社会資源、関係者・関係機関の関わり等)</p> <p>V. 今後の課題</p>		



虐待対応ケース会議記録・計画書（1）

決裁欄（例）	
課長	係長
	担当者

本人氏名 \_\_\_\_\_

計画作成者所属 \_\_\_\_\_

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

計画作成段階 見直し 措置解除 虐待終結

計画の作成回数： \_\_\_\_ 回目（初回計画作成日 年 月 日）

計画作成日： 年 月 日

会議日時： 年 月 日 時 分～ 時 分

会議目的	出席者	氏名： 氏名： 氏名： 氏名： 所属： 所属： 所属： 所属：
<p>障害者本人の 意見・希望</p>		
<p>養護者の 意見・希望</p>		
<p>総合的な対応 方針 ※「アセスメント 要約票」全体 のまとめより</p>		

※「アセスメント要約票」のⅢ、Ⅳを集約する

関連機関等連携マップ

※支援の必要性 あり なし 不明

虐待対応ケース会議記録・計画書（2）

課長		係長		担当	

対象	優先順位	課題	目標	対応方法（具体的な役割分担）		実施日時・期間/評価日	
				何を・どのように	関係機関・担当者等		
障害者							
養護者							
その他の家族関係者							
対応が困難な課題/今後検討しなければならない事項など（「アセスメント要約票」の全体のまともから記載）				計画評価予定日	年	月	日

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入  
 公益社団法人日本社会福祉士会作成  
 「養護者による障害者虐待対応帳票Ver.1」（出典：東京都老人総合研究所「支援計画書（第2版）」、新潟県三条市作成様式を参考に作成）

