様式第1号

**高齢者虐待対応専門職員派遣申込書**

（市町・地域包括支援センター用）

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 市町名（担当課）または  地域包括支援センター名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 担当者名 |  |
| 派遣希望事項 | |
| 派遣希望日時  ※概ね２時間の派遣です。 | ※3日程度，希望順にご記入ください。  （例）①△月○日　終日可  　　　②△月□日　9時～14時  　　　③△月◇日　9時～12時，15時～17時 |
| 順不同 |
| 派遣場所 |  |
| オンライン（Zoom Meeting）対応　：　可　　／　不可  ※貴市町にてオンラインミーティング主催（ホスト）をお願いします。 |
| 出席者 | （所属　職名　氏名） |
|  |
| その他  ※事前に連絡しておきたいことなど，自由に記入してください。 |  |
| ※相談したいケースの概要，助言等を依頼したい内容等について別紙に記入をお願いします。 | |

別紙

**高齢者虐待対応専門職員派遣 相談概要**

令和　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 市町名（担当課）または  地域包括支援センター名 |  |

【　事例の概要　】**個人の名前や事業所・病院等の名称は記載する必要はありません**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被虐待者 | 性別 | 男 女 | 年齢 | 代 | 要介護度  その他心身の状況※ |  |
| 虐待者 | 性別 | 男 女 | 年齢 | 代 | 被虐待者との続柄 |  |
| 虐待の種類 | 養護者による虐待　養介護施設従事者等による虐待　その他（　　　） | | | | | |
| 身体的 介護放棄 心理的 性的 経済的 セルフネグレクト 不明 | | | | | |
| 虐待の認定日 | 年　　月　　日 | | | | | |
| 虐待の状況  （内容，発生要因など） |  | | | | | |
| 支援の状況  ※複雑な事例や補足がある場合などは，別途資料を添付してください。 |  | | | | | |
| 相談したい内容  （今回の個別ケース会議の開催目的など） |  | | | | | |
| **※「その他心身の状況」とは，障害者手帳等の情報について記入してください。** | | | | | | |