

# ケースシート

		No.	記載者	
日時	年 月 日 ( )			
	～ 対応時間 分			
本人の 情報	<input type="checkbox"/> 本人	よみがな	<input type="checkbox"/> 本人以外からの聴取 名前( ) 関係性:	
		名前		
	性別	女・男・その他( )		
	年齢	歳 年生		
被害 内容	<input type="checkbox"/> レイプ	<input type="checkbox"/> 挿入あり	被害日時	年 月 日 時 <input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 強制わいせつ	( 膣・肛門・口 )	時間経過	～72時間・～1ヶ月・～1年・1年～・10年～・不明
	<input type="checkbox"/> 性虐待	<input type="checkbox"/> 接触のみ	けがや出血・痛み	なし・あり( )
		<input type="checkbox"/> 接触なし	被害にあった場所	
	<input type="checkbox"/> デートDV	<input type="checkbox"/> 不明	加害者との関係	
	<input type="checkbox"/> その他	( )	警察へ通報・相談	済( )警察署・未・しない
	<input type="checkbox"/> 不明		医療機関受診	済(病院名 )・未・希望なし
			精神症状	恐怖・不安・不眠・フラッシュバック・その他( )
情報共有(日づけと担当者名) 1:家族・親族( ) 2:友人( ) 3:学校内( ) 4:児童相談所( ) 5:相談機関( ) 6:警察( ) 7:弁護士( ) 8:医療機関( ) 9:その他				
<b>【被害内容】 黄マーカーの部分のみ把握する。他の情報は本人の語った言葉で記載する。</b>				
引き継ぎ事項・コメント				