

令和 年 月 日

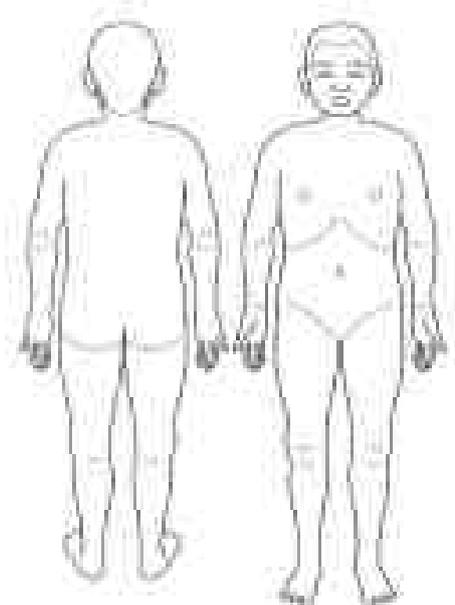
被虐待児通告書

_____ こども家庭センター所長様

医療機関名

電話番号

担当医師名

ふりがな 児童氏名		男・女	年 月 日 (歳 か月)
住 所	〒		
保護者氏名		続柄	
通告の理由	通告について養育者は (○をつけてください) ・了解している ・了解していない ・知らせていない ※ 但し通告については養育者の 了解がなくても守秘義務違 反には該当しない。		
所見の概要 (児童の症状・身体状況等) <div style="text-align: center;">  </div>			

通告先一覧	中央こども家庭センター	Tel 078-923-9966	Fax 078-924-0033
	尼崎こども家庭センター	Tel 06-4950-5001	Fax 06-6491-3300
	西宮こども家庭センター	Tel 0798-71-4670	Fax 0798-74-2538
	川西こども家庭センター	Tel 072-756-6633	Fax 072-756-6006
	加東こども家庭センター	Tel 0795-27-8250	Fax 0795-48-9319
	姫路こども家庭センター	Tel 079-297-1261	Fax 079-298-1895
	豊岡こども家庭センター	Tel 0796-22-4314	Fax 0796-24-0484
	神戸市こども家庭センター	Tel 078-599-7300	Fax 078-977-8085
	明石こどもセンター	Tel 078-918-5097	Fax 078-918-5128

※ 通告書の不足につきましてはコピーしてご使用いただくか、上記こども家庭センターへご請求願います。
 (裏面にもご記入ください)

虐待症例チェックリスト

虐待が疑われる症例については、以下のチェックで確認してください。
虐待症例については、この通告書でこども家庭センターへ通告してください。

*該当する項目、疑わしい項目の□の中に (☑) をつけてください。

1 被虐待児に対するチェック

<p>(1) 全身</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 低身長 (-2SD 以下) <input type="checkbox"/> 低体重 (-2SD 以下) <input type="checkbox"/> 内臓出血 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 原因不明の脱水症状 <input type="checkbox"/> 繰り返す事故の既往症 <input type="checkbox"/> 不衛生 (垢まみれ・酷いにおむつかぶれ) 	<p>(3) 耳</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 鼓膜裂傷 <input type="checkbox"/> 耳介の腫脹 (耳たぶを頻繁に引っ張られて生じる) <p>(4) 鼻</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 鼻骨骨折 <p>(5) 眼</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 眼のまわりの痣 <input type="checkbox"/> 眼球損傷 (前目房の出血、眼底出血) <input type="checkbox"/> 眼外傷 (白内障、網膜剥離、水晶体脱臼等) <input type="checkbox"/> 眼窩内側骨折 	<p>(8) 骨</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 新旧混在する骨折 <input type="checkbox"/> 多発性骨折 <input type="checkbox"/> 乳児の長管骨骨折 <input type="checkbox"/> 肋骨骨折 (胸部圧迫、シェイキング等) <input type="checkbox"/> 捻転骨折 (胸部圧迫) <input type="checkbox"/> 中毒 (薬剤、化学物質等による)
<p>(2) 皮膚</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 多数の打撲や傷 <input type="checkbox"/> 多数の小さな傷 <input type="checkbox"/> 不審な傷 (ベルト、紐、絞首、歯形、つねり痕、爪痕、櫛、ハンガー、その他 ()) <input type="checkbox"/> 不自然な火傷、熱傷 (タバコ、アイロン、熱湯) 	<p>(6) 口腔</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 口周囲の打撲、裂傷 <input type="checkbox"/> 口唇小帯、舌小帯 <p>(7) 頭</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 頭蓋内出血 (硬膜下、くも膜下) <input type="checkbox"/> 頭蓋骨骨折 <input type="checkbox"/> 脳挫傷 	<p>(9) 胸腹部</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 内臓損傷、内臓破裂 (腎臓、肝臓、脾臓) <input type="checkbox"/> 溺水、窒息 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 <p>(10) 泌尿器生殖器</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 性器、肛門周囲の外傷 (男児にもあるので注意) <input type="checkbox"/> 若年者の妊娠、中絶、出産 (性的暴力の存在に考慮) <input type="checkbox"/> 反復性尿路感染症
<p>(11) 心理面</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 極端なおびえ <input type="checkbox"/> 情緒不安定 <input type="checkbox"/> 大人の顔色をうかがう <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 無感動 <input type="checkbox"/> 無関心 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 言葉の遅れ <input type="checkbox"/> 円形脱毛症 <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 夜尿 <input type="checkbox"/> 遺尿 <input type="checkbox"/> 遺糞 <input type="checkbox"/> 反復性疼痛 (頭痛、腹痛など) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍などの心身症 <input type="checkbox"/> 触れられることを異常に嫌がる <input type="checkbox"/> 動きがぎこちない <input type="checkbox"/> 自分からの発声や発語が少ない <input type="checkbox"/> 養育者がいる時といない時で動きや表情が極端に違う 		<p>(12) その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 予防接種がほとんど接種されていない <input type="checkbox"/> 母子手帳がほとんど記載されていない <input type="checkbox"/> 母子手帳を紛失している

2 養育者に対するチェック

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 体罰を正当化する <input type="checkbox"/> 子どもの扱いがぎこちない <input type="checkbox"/> 発症から受診までの時間が長い <input type="checkbox"/> 説明が不自然 (つじつまが合わない、あやふや、内容がよく変わる、受傷の原因を他者の責任にする) <input type="checkbox"/> 外傷の程度、予後、治療方法等に無関心である <input type="checkbox"/> 説明に対して納得をせず、転院を繰り返す <input type="checkbox"/> 挑発的態度、被害的態度、衝動的行動が多い 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 明確な異常がないのに、種々の訴えを繰り返し、頻回に受診する。 <input type="checkbox"/> 人の接し方が下手で、度々トラブルを起こす <input type="checkbox"/> 外来を中断する。 <input type="checkbox"/> 重症であるにもかかわらず、入院を拒否する <input type="checkbox"/> 入院しても、すぐに帰ってしまう <input type="checkbox"/> 面会や電話での問い合わせがほとんどできない <input type="checkbox"/> 面会は短時間で、子どもと接触しない <input type="checkbox"/> 子どもの安全に配慮しない
--	---

3 他に気づいたこと