

はまなすサポート連絡シート

① 面接年月日時	年 月 日 時 分～ 時 分			
② 相談者	氏名	住所	生年月日	年 月 日生(歳)
		Tel	性別	男・女
③ 被害者 (相談者と異なる場合)	氏名	住所	生年月日	年 月 日生(歳)
		Tel	性別	男・女
④ 被害の状況				
(1) 被害年月日 年 月 日 ～ 年 月 日				
(2) 被害状況 <input type="checkbox"/> 強制性交等罪 <input type="checkbox"/> 強制わいせつ罪 <input type="checkbox"/> その他の性暴力 () (※ その他の性暴力の場合は、性的言動について簡記)				
(3) 被害場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 加害者住居 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ()				
(4) 加害者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 交際相手 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 <input type="checkbox"/> その他 ()				
⑤ 警察への申告意思 (※ 申告には相談を含み、必ずしも事件として扱われるものではないこと。)				
<input type="checkbox"/> 警察へ申告済み (申告年月日:平成 年 月 日 受理警察署: 警察署)				
<input type="checkbox"/> 警察へ申告する意思あり (※ 直ちに被害場所を管轄する警察署又は最寄りの警察署に連絡してください。)				
<input type="checkbox"/> 警察へ申告する意思なし				
⑥ 希望する支援等				
<input type="checkbox"/> 産婦人科医療の公費負担 (※ この支援を希望した場合は、別紙3「説明書」を提示して確認させてください。)				
<input type="checkbox"/> 精神科医療の公費負担 (※ 同上)				
<input type="checkbox"/> 心理的支援 (カウンセリングによる心理的負担の軽減)				
<input type="checkbox"/> 捜査関連支援 (被害届、証拠採取、刑事手続等の相談)				
<input type="checkbox"/> 法的支援 (弁護士、法テラスによる示談、損害賠償請求等の相談)				
<input type="checkbox"/> その他 (はまなすサポートセンターに特にもお願いしたい事項等) ()				
⑦ 備考 (面接時の留意事項等)				
⑧ 作成者				
年 月 日				
機関名称				
作成者氏名				
電話番号				

注意事項：本シート記入後は、情報提供に関する同意を得て別紙2「同意書」への署名をもらってください。