

(別添) 質問及び回答 No.19

機能要件仕様書 NO.87, 89 について

○システムから出力する帳票（大阪府の様式）の一覧

- ・ ケース移管票
- ・ 児童票
- ・ 送致書（市町村⇒センター）
- ・ 通知書（市町村⇒センター）
- ・ 転居に伴う通知
- ・ 特定妊婦票
- ・ 個別ケース検討会議録（各機関の関わり・課題・今後の対応）

ケース移管票

1. 対象児童

氏名		男・女	年齢	歳	生年月日	平成・令和	年	月	日	
学校等	保育施設・幼稚園・() 学校・その他						学年			

2. 家族構成

氏名	年齢	続柄	職業	備考

3. 住所

(旧)

(新)

4. 連絡先

<ジェノグラム>

5. ケース概要

6. これまでの当自治体の役割、支援内容

(児童福祉主管課)

(母子保健主管課)

児 童 票

機関名: _____
 担当者氏名: _____
 提出日: _____年 _____月 _____日
 受付日: _____年 _____月 _____日

<input type="checkbox"/> 要保護 <input type="checkbox"/> 要支援	
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再開 (前回の受付日 年 月 日 B・S・N・E 一時保護歴 有・無 入所歴 有・無) 把握経路 通告 有・無	
児童 _____年 _____月 _____日生 男・女 _____歳 _____か月 在宅・所属()	
住所 _____ 電話 _____	
父 (実・養・継・内) _____年 _____月 _____日生(_____歳) 職業 _____ 生保 <input type="checkbox"/> 受給中(_____年～) <input type="checkbox"/> 廃止(_____年まで)	
母 (実・養・継・内) _____年 _____月 _____日生(_____歳) 職業 _____ 生保 <input type="checkbox"/> 受給中(_____年～) <input type="checkbox"/> 廃止(_____年まで)	
障 が い 疾 患	父 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 有(精神 級・知的 ・身体 級) / 疾患名() 治療: <input type="checkbox"/> 有(通院先:) <input type="checkbox"/> 中断 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不
	母 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 有(精神 級・知的 ・身体 級) / 疾患名() 治療: <input type="checkbox"/> 有(通院先:) <input type="checkbox"/> 中断 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不
虐待歴 父 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有() 母 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有() DV: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 有(過去・現在)(加害者)	
離婚歴 父 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有(_____年頃) 母 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有(_____年頃) 父母の再婚時期 _____年 _____月頃 そのときの子ども数(父 _____人 母 _____人)	
子どもの状況: <input type="checkbox"/> 発達遅れ(疑・アンバランス) <input type="checkbox"/> 発育の問題 <input type="checkbox"/> 行動・情緒の問題 <input type="checkbox"/> 疾患 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> その他() <具体的な状況>: 診断がついている場合は診断名、発達検査等受検している場合はその時期と発達指数、通院服薬状況、支援学級や加配等	
ケース概要(通告内容) _____ 虐待にいたる原因・背景(家族の問題点、危惧されること等) _____	
虐待種別 <input type="checkbox"/> 身体的 <input type="checkbox"/> ネグレクト <input type="checkbox"/> 性的 <input type="checkbox"/> 心理的 <input type="checkbox"/> 経済的 家族構成(ジェノグラム) _____	
重症度(アセスメントシート番号) <input type="checkbox"/> 最重度() <input type="checkbox"/> 重度() <input type="checkbox"/> 中度() <input type="checkbox"/> 軽度()	
支援プラン: 支援方針・各関係機関の役割分担、所属機関へのモニタリング依頼内容を具体的に記述	
虐待リスクが高い項目(疑い含む、複数選択可) ⇒ 個別ケース検討会議開催 調整 ・ 検討	
A	<input type="checkbox"/> 所属なし
B	<input type="checkbox"/> 養育者に新たなパートナー等の存在がある
C	<input type="checkbox"/> 養育者の抱えるDVの問題が深刻化した
D	<input type="checkbox"/> 子どもを守る人や養育支援者がいなくなった
E	<input type="checkbox"/> 養育者の精神状態の悪化
F	<input type="checkbox"/> 養育者が関係機関の関わりを拒み始めた
G	<input type="checkbox"/> 家族に身近なところから、重篤な虐待の情報提供がある
H	男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>
I	地域社会資源と人材 ー活用中のものは左に○ 活用が望ましいものは右に○→
J	実務者会議(進行管理・見直し)会議、個別ケース検討会議 経過、現状、課題、役割分担、援助方針 等
K	子どもの治療・健診・相談(身体・発達・心理) _____ 【経過・現状】(令和 _____年 _____月) _____ 【支援方針・役割分担】(令和 _____年 _____月) _____
L	所属(保育所・認定こども園・幼稚園等) _____
M	学校支援(生活・登校・SC・SSW) _____
N	特別支援教育・児童発達支援事業等の療育 _____
O	放課後等デイ・留守家庭児童育成事業 _____
P	子ども食堂・学習支援 _____
Q	親の治療・HCP/PSW・カウンセリング _____ 【経過・現状】(令和 _____年 _____月) _____ 【支援方針・役割分担】(令和 _____年 _____月) _____
R	訪問看護(服薬管理・通院支援) _____
S	家事育児支援(ファミサポ・ヘルパー等) _____
T	障がい福祉サービス _____
U	妊婦健診・助産制度・産後ケア事業 _____
V	MG・親教育・親支援プログラム _____
W	個別相談(家児相・保健師・その他) _____ 【経過・現状】(令和 _____年 _____月) _____ 【支援方針・役割分担】(令和 _____年 _____月) _____
X	ショートステイ・トワイライトステイ・一時預かり _____
Y	子育て支援事業(ひろば・養育支援事業等) _____
Z	生活保護・生活困窮・ひとり親世帯 _____
AA	諸手当・年金・貸付・住宅・就労支援 _____
AB	DV支援・婦人相談・母子生活支援施設等 _____
AC	家族・親族協力・民生委員児童委員 _____
AD	諸手続きの支援(添付・代理) _____
※ 主担機関、重症度の変更については、理由を記載 ※ 実務者会議では、虐待リスクが高い項目について確認	

第 号
令和 年 月 日

大阪府〇〇〇子ども家庭センター所長 様

〇〇市（町村）長

送 致 書

児童福祉法第25条の7 { 第1項第1号 }
{ 第2項第1号 } に基づき、下記のケースを送致します。

記

児 童	氏名	(男・女)		
	生年月日	年	月	日生 (歳)
	所属・学年			
	現住所			
保 護 者	氏名		続柄	
	生年月日	年	月	日生 (歳)
	現住所			
	連絡先 (電話)			
	氏名		続柄	
	生年月日	年	月	日生 (歳)
	現住所			
	連絡先 (電話)			

【送致理由】

- 児童福祉法 27 条の措置を要するため
- 医学的、心理学的、教育学的、社会学的及び精神保健上の判定を要するため
- 出頭要求、立入調査又は一時保護の実施が必要と判断されるため
- その他 ()

【添付書類】 (必要に応じて添付)

- アセスメントシート 2
- ケース概要
- その他 ()

<担当者> 〇〇市〇〇部〇〇課 〇〇〇 連絡先： — —

第 号
年 月 日

大阪府 子ども家庭センター所長 様

市町村長

子ども家庭センターの対応について（通知）

下記のケースについて、以下のとおり子ども家庭センターの対応が必要と認めますので通知します。

記

児 童	氏名	(男・女)		
	生年月日	年	月	日生 (歳)
	所属・学年			
	現住所			
保 護 者	氏名		続柄	
	生年月日	年	月	日生 (歳)
	現住所			
	連絡先 (電話)			
	氏名		続柄	
	生年月日	年	月	日生 (歳)
	現住所			
	連絡先 (電話)			

【子ども家庭センターによる実施が適切と認める対応】

1. 出頭要求
2. 立入調査
3. 一時保護
4. その他

()

通知理由	
通知に当たっての意見	
ケース概要	
対応経過	
担当者	所属 氏名 電話 ()
添付資料	

第 号
年 月 日

市町村長 様

市町村長 印

児童・保護者等の転居に伴う相談ケース移管について（通知）

次の児童について、貴市町村管内に転居しましたので移管します。ご指導いただきますようよろしく申し上げます。

1 児童氏名 (男・女) 年 月 日生
(所属:)

2 保護者氏名 (続柄) 年 月 日生

保護者住所

3 添付資料
・ケース移管票

* 1 保護者への説明 : 未実施(令和 年 月 日予定)・実施(令和 年 月 日)

* 2 市町村間の事前協議 : 実施(令和 年 月 日)

* 2 について、未実施の場合は、文書送付前に必ず事前協議を実施のこと。

【担当】

〇〇市〇〇〇課

××

電話番号 :

F A X 番号 :

特定妊婦票

機関名: _____
 担当者氏名: _____
 提出日: _____年 _____月 _____日

受付日	年 月 日	受付機関		把握経路
妊婦氏名	年 月 日生 歳	夫(パートナー)氏名	年 月 日生 歳	夫(パートナー)との同居 有・無・予定(年 月頃) 夫(パートナー)との婚姻関係 有・無・予定(年 月頃) 妊婦と同居の家族 ()
住所	□ 不定()			電話
経済状況	【助産制度(□ 申請済 □ 申請案内 済・予定 □ 未申請 □ 対象外)】			
妊婦	□生活保護 受給中(年～) □就労(職業・仕事内容) □求職中			
夫(パートナー)	□生活保護 受給中(年～) □就労(職業) □求職中			
その他(収入、借金等)				
妊娠届出時週数	週	出産予定日	年 月 日	出産予定場所(病院等) 里帰り 有・無
退院先	・自宅 ・実家(市・町・村) ・その他() ・未定			
障がい /疾患	妊婦	□無 □不明 □疑い() □有(精神 級・知的 級・身体 級) 疾患名() 治療: □有(通院先:) □中断 □無 □不明		
	パートナー	□無 □不明 □疑い() □有(精神 級・知的 級・身体 級) 疾患名() 治療: □有(通院先:) □中断 □無 □不明		
被虐待歴: 妊婦	□無 □不明 □有() 夫(パートナー) □無 □不明 □有() DV: □無 □不明 □疑い □有(過去・現在)(加害者)			
ケース概要(特定妊婦とした経過)	リスク項目(妊婦の課題、家族・家庭の課題、危惧されること、受診服薬コンプライアンス等)			
	支援者等の状況 支援者 □ 親族() □ その他() □ 無 関係機関 □ 拒否 □ 良好 □ その他()			
妊娠出産歴	・妊娠 回目(自然流産 回・人工妊娠中絶 回・分娩 回) 過去の出産 □ 飛び込み出産(年 月 日、 病院、在胎 週) □ 墜落分娩(年 月、在胎 週) □ 過去の若年出産 今回の妊娠 □ 若年妊娠 □ 望まない妊娠 □ 無関心・拒否的態度 □ 妊婦健診 定期的・不定期・未受診・中断 □ その他()			
胎児のきょうだいの状況	□ 不審死がある【 年 月(歳 カ月、死因:)】 □ 虐待歴がある【要保護児童・要支援児童/管理中(種別: B・N・S・E、重症度: 最重・重・中・軽)・ 終結(年 月)】			
支援のプラン(支援のための5W1H): 主担機関【 】 見守り機関【 】 (リスクマネジメント機関が主担機関と異なる場合【 】)	家族構成(ジェノグラム) 男性□ 女性○ 胎児△			
養育支援訪問事業: □ 利用中 □ 必要 □ 不要	精神保健との連携: 支援中()・要()・不要			
実務者会議(進行管理・見直し)会議 経過、現状、課題、役割分担、援助方針 等		個別ケース検討会議		
【経過・現状】(令和 年 月)	【支援方針・役割分担】(令和 年 月)	【妊娠期】 □ 要(年 月 日) □ 否 【出席機関】 【支援方針】		
【経過・現状】(令和 年 月)	【支援方針・役割分担】(令和 年 月)	【出産直前期】 □ 要(年 月 日) □ 否 【出席機関】 【支援方針】		
【経過・現状】(令和 年 月)	【支援方針・役割分担】(令和 年 月)	【出産・入院期】 □ 要(年 月 日) □ 否 【出席機関】 【支援方針】		

個別ケース検討会議録

開催日時	令和 年 月 日 () AM・PM : ~ :
開催場所	
出席者	
対象児童	
家族構成	
検討項目	
協議内容	
決定事項 (方針)	

