

相談年月日	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分
相談者の氏名等	氏名: _____ 生年月日: 年 月 日 () 歳 性別 男・女 (既婚・未婚)
	連絡方法: ・電話 () ・相談者携帯電話 ・住所 〒 _____ ・その他メールなど
	<input type="checkbox"/> 被害当事者 <input type="checkbox"/> 同伴者(続柄 ()) <input type="checkbox"/> その他(())
犯罪等被害の概要 <small>* 犯罪被害者等からの 申告を基に記載</small>	被害発生日時: 令和 年 月 日 午前・午後 時 分
	被害発生場所: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 室内(()) <input type="checkbox"/> 室外(())
	被害の種類: <input type="checkbox"/> 強制性交等(既遂・未遂) <input type="checkbox"/> 傷害:無・有(()) <input type="checkbox"/> 監護者性交等(既遂・未遂) <input type="checkbox"/> 暴行・脅迫:無・有(()) <input type="checkbox"/> 強制わいせつ <input type="checkbox"/> その他(())
	加害者の人数: <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数(() 人)
	加害者の情報: <input type="checkbox"/> 見知らぬ人 <input type="checkbox"/> 顔見知り <input type="checkbox"/> 友人・恋人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 家族以外の親族 <input type="checkbox"/> その他(())
	警察への届出 <input type="checkbox"/> あり → 警察署名(()) 届出者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(()) <input type="checkbox"/> なし → 理由(())
自機関で実施した内容	<input type="checkbox"/> 性感染症の検査・治療 <input type="checkbox"/> 緊急避妊 <input type="checkbox"/> 証拠採取 <input type="checkbox"/> 警察への通報(() 署) <input type="checkbox"/> その他(())
情報提供についての 相談者の同意	上記記載の情報を、被害者サポートセンターおかやまに提供することに同意します。 署名 <input type="text"/> (直筆で記入)
医療機関 及び 医師名	公益社団法人被害者サポートセンターおかやま 御中 よろしく申し上げます。 年 月 日 () 病院・医院 医師(()) 電話(())