

III. 全てのパートナー機関の責任

可能な限り、それぞれのパートナーは以下のサービスを高齢者虐待法医学センターに提供することに同意する。

- A. パートナー機関は職員が協議を提供したり、事例会議に他のセンター職員と共に参加したりすることを任命する。その勤務時間はセンター参加者によって規定されている。(現在、勤務時間帯は火曜日と木曜日の午前8時30分から正午12時までだが、センター参加者の合意により変更することができる。)センターへ任命ができる職員の職種は以下の通りである。
1. カリフォルニア大学アーバイン校医学部の老齢学プログラム：老年科医、老年心理学者、老年学者、プログラム・コーディネーター
 2. オレンジ郡地方検察局：副地方検事
 3. オレンジ郡健康管理局、行動健康管理/高齢者サービス：臨床ソーシャル・ワーカー（高齢者専門家）
 4. オレンジ郡公務執行者/公共保護者：副公共保護者
 5. オレンジ郡保安官/検視局：捜査官
 6. オレンジ郡ソーシャル・サービス局、成人保護サービス：上級ソーシャル・ワーカー及び上級ソーシャル・ワーカー監督者
 7. コミュニティー・サービス・プログラム：犠牲者証人擁護者
 8. 人的資源の選択：ソーシャル・ワーカー
- B. クライアントに対して、所属機関の使命、要求、命令と一貫性のあるサービスを提供する。
- C. その他全てのセンター参加者の守秘義務要求を守る。
- D. 追加資金を確保するためのセンターの努力を支援する。
- E. 高齢者や障害のある成人への虐待や放棄の問題に興味のある他の専門家のための研修計画の作成や提供に参加する。
- F. 必要に応じて、センターの有効性を評価するためのデータとセンターの活動に関する報告書を提供する。

IV. カリフォルニア大学アーバイン校の追加責任 (UCI)

アーチストーン基金からの助成金の受益者として、UCI はまた次の追加的サービスを高齢者虐待法医学センターに提供する責任がある。

- A. 場所と家具や機器をセンターの運営のために手配する。当初は、これらのサービスは、UCI との個別の契約で、サンタアナ、ワーナー通り東、1505 のソーシャル・サービス局によって提供される予定になっている。センターの場所はセンターのニーズや、又はソーシャル・サービス局の求めにより変わるかもしれない。
- B. パートナーが遠隔地からアクセスするためのある種の追加費用はパートナーに払い戻す。(ソフトウェアの複製、ハードウェア、データ線等) 各パートナーは、払い戻し請求をするいかなる費用も前もって UCI と交渉する責任がある。
- C. プログラム・コーディネーターの採用や監督を含む管理業務の支援をセンターに提供する。
- D. アーチストーン基金との連絡窓口になり必要に応じて基金に報告する責任がある。
- E. センターの活動を支援する追加資金を率先して探し求める。
- F. センターの有効性の評価を開発、実行し、結果を報告する。

V. 守秘義務

パートナーは各々、適用される全ての法や規則に従って、それらは現在、存在するか、今後改正されるかもしれないが、全ての記録の機密を守り維持することに同意する。

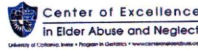
VI. 終了

いかなるパートナーも、センターへの参加を理由の有無に関わらず 30 日前に書面で終了させることができる。通知は郵便の日付で送付されたと判断する。送付先の住所は以下の通りである。

ローラ モスクエーダ 医学博士
高齢者虐待法医学センター長
私書箱 2006
92702-2006 カリフォルニア州、サンタアナ



Appendix G



Elder Abuse Forensic Center Guest Policy

Guest Policy

WIC 15754. (a) Notwithstanding any provision of law governing the disclosure of information and records, persons who are trained and qualified to serve on multidisciplinary personnel teams may disclose to one another information and records which are relevant to the prevention, identification, or treatment of abuse of elderly or dependent persons. (b) Except as provided in subdivision (a), any personnel of the multidisciplinary team that receives information pursuant to this chapter, shall be under the same obligations and subject to the same confidentiality penalties as the person disclosing or providing that information. The information obtained shall be maintained in a manner that ensures the maximum protection of privacy and confidentiality rights.

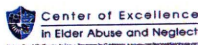
All guests shall read the above statement and sign a form acknowledging they understand the statement at the start of all interdisciplinary team meetings. (Confidentiality Statement, Appendix F)

A member of the Forensic Center team may invite any **guest relevant to an individual case** to attend and participate in a Forensic Center case consultation meeting. This person (the host) is responsible for assisting their guest in and out of the meeting as well as in and out of the Forensic Center. The host is responsible for contacting their guest regarding meeting times and informing the Forensic Center Coordinator of the guest's attendance. Unless prior arrangements have been made, the guest may only stay for the discussion pertaining to the specific case in which they are involved.

People who want to learn about the Forensic Center (e.g. **students and visiting professionals**) and who are from disciplines relevant to the field of elder abuse may attend case meetings if approved by the Forensic Center coordinator. If the coordinator is uncertain about the appropriateness of a guest, she will consult with the Director/Co-Director of the center to make a determination. There must be a defined, relevant purpose for the guest's attendance at the meeting. The names and affiliations of all such guests shall be given to the coordinator at least one week prior to the meeting they plan on attending, and the coordinator will contact the necessary parties to determine whether or not the visit will fall under the specifications described above. The host who issued the invitation is responsible for contacting their guest regarding meeting times and informing the Forensic Center Coordinator of the guest's attendance.



Appendix G



高齢者虐待法医学センター・ゲストポリシー

ゲストポリシー

WIG 15754 (a) いかなる法の条項も情報と記録の開示を規定しているが、学際的チームに務めるために訓練された能力のある人達は、高齢者や依存しなければ生きて行けない人への虐待の処置、確認、防止に関する情報や記録をお互いに開示してよい。

(b) 区分 (a) で規定されていることを除き、本章に従い、情報を受け取る学際的チームのいかなる職員も、その情報を開示したり提供したりする人と同様の守秘義務違反の罰則に従い、同様の義務を負わなければならない。入手した情報は、プライバシーと守秘義務の権利が最大限に保護されることが保証される方式で維持されなければならない。

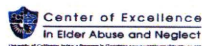
全てのゲストは上記の声明を読み、全ての学際的なチーム会議の開始時に、声明を理解したと認める記入書にサインしなければならない。(守秘義務声明、付録 F)

高齢者虐待法医学センターチームの構成員は**個別のケースに関係あるゲスト**を招待し参加させたり、高齢者虐待法医学センターのケース協議会に参加させたりしてよい。招待する側（ホスト）はゲストの法医学センターの出入りと同様に会議の出入りを手助けする責任がある。ホストは会議時間をゲストに連絡したり、法医学センターのコーディネーターにゲストの参加を伝えたりする責任がある。もし、事前準備が出来ていない場合は、ゲストは自分が関係する固有のケースの討議の場に居るだけになってしまうかもしれない。

法医学センターについて知りたい人達（例：学生、訪問中の専門家）や高齢者虐待に関する分野の人達は、もし法医学センターのコーディネーターに承認されれば、ケース会議に参加してよい。もし、コーディネーターがゲストの妥当性について不確かな場合は、センター長または共同センター長の助言を求めて、意思決定をする。会議へのゲストの参加は明確で整合性のある目的があるはずである。このような全てのゲストの所属先と氏名は、彼等が参加を計画する会議の、少なくとも1週間前に、コーディネーターに伝えられなければならない。そして、コーディネーターは必要な当事者に連絡をし、訪問が上記記載の条件に合致するか否かを判断する。招待状を発行したホストは会議の時間についてゲストに連絡し、ゲストの参加を法医学センターのコーディネーターに伝える責任がある。



Appendix H



Psychological Consultation Report Template

Confidential

Patient Name:

Age:

Date of Evaluation:

Place of Evaluation:

Referred by:

Reason for Referral

Circumstances of the Evaluation

Social History and Current Living Situation

Family, Friends, and Support System

Medical Status

Functional Status

Mental Status Evaluation

Assessment

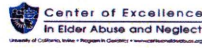
Recommendations

Sincerely yours,

Clinical Psychologist



Appendix H



心理学的協議報告書の書式

秘密

患者氏名：

年齢：

評価日：

評価場所：

紹介者：

紹介理由

評価の状況

社会的経歴及び現在の生活状況

家族、友人及びサポートシステム

医学的状态

機能的状態

精神状態の評価

評価

推薦

敬具

臨床心理学者



Appendix I



In Home Visit Cover Sheet - Medicine or Psychology

Date of Visit: _____

Name of Dr. involved: _____

Name of Client: _____

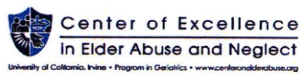
Other people scheduled to go along on the visit: _____

Case summary: _____

Forms attached:

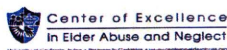
- Map
- Medical Assessment forms
- Permission to be Seen
- other: _____

Victim Address: _____





Appendix I



自宅訪問カバーシート — 医学／心理学

訪問日： _____

医師名（関与した）： _____

クライアント氏名： _____

同行訪問予定者氏名： _____

ケースの概要： _____

添付書式：

___ 地図

___ 医学的評価用紙

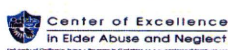
___ 診療許可

___ その他： _____

被害者住所： _____

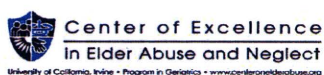


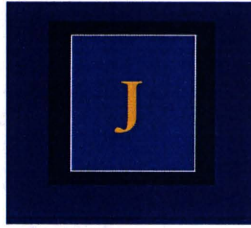
Appendix J



Forensic Center Coordinator Job Description Highlights

Interfaces with any and all of the following as needed: the State of California agency on aging, Law enforcement agencies (local police, sheriff's office, district attorney, the court system), Medical Examiner/ Coroner's office, hospitals and medical clinics, State of California long-term care ombudsman's office, Public health agencies, Mental health agencies, facility licensing/certification agencies and other related organizations.
Oversee the individual components of the Elder Abuse Forensic Center including programs, research education and policy.
EAFC Case meetings (prep, notes, minutes, schedule, agenda)
Maintain a comprehensive data set on outreach activities.
Vulnerable Adult Specialist Team (VAST) – coordinate in-home visits for medical and cognitive assessments, maintain files and manage paperwork
Follow-up on completed reports following In-home visits
Distribute information to team members re: In-Home visits
Forensic Center Annual retreat – planning
Develop a best practices repository. Coordinate input from the Directors and collaborators.
Work with the Center Director and Co-Director to construct technical assistance protocols.
Link technical assistance requestors with the appropriate expert advisor(s): UCI Program in Geriatrics faculty, professional collaborators, or other grantees
Follow up with clients to evaluate the technical support process and its outcomes
Distribute, track, and compile results of technical support questionnaires.
Post information about technical support functions and contact information on the Center's web site.
Communicate with speakers, program participants, Elder Abuse Forensic Center collaborators and consultants throughout the process of developing and implementing training programs.
Coordinate the development and implementation of educational programs for the following target groups: physicians, psychologists, nurses, social workers, adult protective workers, law enforcement, prosecutors, judges and paramedic
Based upon existing training models, work with educational consultants and experts in the field to develop educational curricula on elder abuse
Identify gaps in current training programs and identify existing effective training courses on elder abuse.
Identify opportunities to insert elder abuse topics into existing training courses.
In conjunction with Directors, carry out the following aspects of evaluating the training programs: <ol style="list-style-type: none"> a. Create, distribute, and collect evaluation forms for program participants. b. Maintain tracking list of training speakers, conference attendees, and lectures. c. Generate appropriate follow-up reports d. Identify consultants to assist with program evaluation
Maintain a comprehensive data set on training activities.
Create formal reports required by sponsor. Assure they are on time and accurate.
Work with the Program in Geriatrics administrator and director to determine expenditures in keeping with the budget
Work with consultants to meet program evaluation requirements.
Assist with special projects related to elder abuse.





Appendix J



法医学センター・コーディネーター職務概要説明書

必要に応じて下記のいかなる、そして全ての機関に対して対応する：カリフォルニア州高齢化局、法執行機関（地方警察、保安官事務所、地方検事、法廷制度）、監察医／検死官事務所、病院及び診療所、カリフォルニア州長期ケア・オンブズマン事務所、公衆衛生局、精神衛生局、施設使用許諾／認証局、その他の関連機関
高齢者虐待法医学センター及びそのプログラム、調査教育や方針の各構成部分の監督をする。
高齢者虐待法医学センターケース会議（準備、メモ、議事録、予定、議題）
支援活動について包括的なデータセットを維持する。
脆弱成人特別チーム—医学的評価、認知評価のための家庭訪問を調整する。ファイルを良好に保ち、事務処理を管理する。
家庭訪問の報告書内容をフォローする。
家庭訪問に関する情報をチーム・メンバーに配布する。
法医学センターの年次合宿の計画を立てる。
成功ケースの保管所を開発する。センター長や協働者からの情報を調整する。
技術的な支援手続きを構築するためにセンター長及び共同センター長と働く。
技術的な支援要求者を適切な専門家・アドバイザーに結びつける：老齢化学部におけるカリフォルニア大学アーバイン校のプログラム、専門的共同者、その他の譲与者。
技術的な支援プロセスとその結果を評価するために継続調査を行う。
技術的な支援に関するアンケート結果を編纂し、追跡し、配布する。
技術的な支援機能についての情報を掲示し、センターのウェブサイトの情報に接触する。
研修プログラムの開発と実行のプロセスを通して、講演者、プログラム参加者、高齢者虐待法医学センターの協働者やコンサルタントと意思の疎通を図る。
下記の対象となるグループのための教育的プログラムの開発と実行を調整する：医師、心理学者、看護師、社会福祉士、成人保護相談員、法執行機関、検察官、裁判官、救急医療隊員
既存の研修モデルに基づき、高齢者虐待に関する教育課程を開発するために教育コンサルタントや教育専門家と一緒に働く。
高齢者虐待に関する現在の研修プログラムのギャップを特定し、既存の効果的な高齢者虐待研修コースを確認する。
既存の研修コースに高齢者虐待に関する課題を入れる機会を特定する。
ディレクターと協力して、研修プログラムの評価の下記の部分を実行する： a. プログラム参加者のための評価記入書を作成し、配布し、回収する。 b. 研修講演者、会議参加者、講義の追跡リストを維持する。 c. 適切なフォローアップ報告書を作成する。 d. プログラム評価を支援するコンサルタントを特定する。
研修活動に関して包括的なデータセットを維持する。
スポンサーが要求する正式な報告書を作成する。報告書は時間厳守で正確であること。
予算内の支出を決定するために、老年医学プログラム管理者やディレクターと共に働く。
プログラム評価の要求項目を満たすためにコンサルタントと一緒に働く。
高齢者虐待に関係する特別プロジェクトを支援する。



Appendix K

Center of Excellence
in Elder Abuse and Neglect
University of California, Irvine • Program in Geriatrics • www.centerofexcellence.org

ELDER ABUSE FORENSIC CENTER
REFERRAL FORM

REFERRAL TYPE

DATE	VAST/FC CASE NUMBER
------	---------------------

<input type="checkbox"/> VAST	<input type="checkbox"/> Forensic Center Case Consultation	
VAST REQUEST	FORENSIC CENTER MEMBERS REQUESTED	FORENSIC CENTER REQUEST
<input type="checkbox"/> Medical consultation	<input type="checkbox"/> Geriatrician	<input type="checkbox"/> Prosecution
<input type="checkbox"/> Psychological consultation	<input type="checkbox"/> Geropsychologist	<input type="checkbox"/> Case recommendation
<input type="checkbox"/> Record review	<input type="checkbox"/> Public Guardian	<input type="checkbox"/> Case study
<input type="checkbox"/> Contact client's physician	<input type="checkbox"/> Law Enforcement	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> Case recommendation	<input type="checkbox"/> Human Options	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> Adult Protective Services	<input type="checkbox"/> District Attorney	
<input type="checkbox"/> Older Adult Services	<input type="checkbox"/> Other:	

CLIENT INFORMATION

VICTIM NAME (LAST NAME FIRST NAME)	AGE	DATE OF BIRTH	SSN	GENDER	ETHNICITY	LANGUAGE (CHECK ONE)
				Female	Caucasian	<input type="checkbox"/> ENGLISH <input type="checkbox"/> NON-VERBAL <input type="checkbox"/> OTHER:
ADDRESS	CITY	ZIP CODE	TELEPHONE			
PHYSICIAN NAME	TELEPHONE	INSURANCE CARRIER	MEDICATIONS			
ILLNESSES						
PRESENT MARITAL STATUS	PHYSICAL FUNCTIONAL STATUS	COGNITIVE AND PSYCHOLOGICAL STATUS				
-	-	-				
RESIDENCE TYPE	LIVES WITH (SPECIFY RELATIONSHIPS)	CARE ARRANGEMENT				
-		-				

REFERRING AGENCY INFORMATION

NAME	AGENCY	TELEPHONE	EMAIL
	Adult Protective Services	()	

TYPES OF ABUSE (CHECK ALL THAT APPLY)

<input type="checkbox"/> Self-Neglect (skip to Narrative section)			
<input type="checkbox"/> Perpetrated By Others			
<input type="checkbox"/> Physical - Assault/Battery	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Financial	
<input type="checkbox"/> Physical - Constraint or Deprivation	<input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> Isolation	
<input type="checkbox"/> Physical - Chemical Restraint	<input type="checkbox"/> Abandonment	<input type="checkbox"/> Psychological	
<input type="checkbox"/> Physical - Medication	<input type="checkbox"/> Abduction	<input type="checkbox"/> Other:	

SUSPECTED ABUSER

RELATIONSHIP OF SUSPECTED ABUSER	GENDER	ETHNICITY	RESIDENCE
-	-	-	<input type="checkbox"/> IN CLIENT'S HOME <input type="checkbox"/> OUTSIDE HOME

NARRATIVE

ADDITIONAL INFORMATION

OTHER AGENCY INVOLVEMENT	RELATIONSHIP OF REPORTING PARTY
	-

Note: This form is to be used for referrals to the Vulnerable Adult Specialist Team or for Forensic Center case consultations.

REVISED - 6/6/03

Center of Excellence
in Elder Abuse and Neglect
University of California, Irvine • Program in Geriatrics • www.centerofexcellence.org



Appendix K

Center of Excellence
in Elder Abuse and Neglect
Faculty of Culture, Health & Regional International Communication Studies

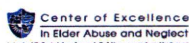
高齢者虐待法医学センター・紹介の書式

紹介の種類		日付	VAST/法医学センターケース番号				
<input type="checkbox"/> VAST (脆弱成人専門チーム) <input type="checkbox"/> 法医学センターケース協議 VAST の要求 <input type="checkbox"/> 医学的相談 <input type="checkbox"/> 心理学的相談 <input type="checkbox"/> 記録調査 <input type="checkbox"/> クライアントの医師へ連絡 <input type="checkbox"/> 本ケースへの提言		<input type="checkbox"/> 法医学センター構成員要求項目 <input type="checkbox"/> 老人病学者 <input type="checkbox"/> 成人保護サービス <input type="checkbox"/> 老人病学心理学者 <input type="checkbox"/> 地方検事 <input type="checkbox"/> 公的保護者 <input type="checkbox"/> 高齢者サービス <input type="checkbox"/> 法執行者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 人的選択肢					
法医学センターの要求 <input type="checkbox"/> 告訴 <input type="checkbox"/> 本ケースへの推薦 <input type="checkbox"/> ケース研究 <input type="checkbox"/> その他							
クライアント情報							
被害者名 (氏名)	年齢	誕生日	社会保障番号	性 女性	民族性 白色人種	言語 (一つ選ぶ) <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 非言語 <input type="checkbox"/> その他	
住所					電話番号 :		
市					()		
医師名		電話番号 ()		保険会社		薬物治療	
病名							
現在の結婚歴		身体機能状況		認知・心理的状況			
-		-		-			
居住様式		同居人(関係を特定する)		介護の手配			
-		-		-			
紹介機関情報							
氏名		機関 成人保護サービス		電話 ()		E-メール	
虐待の種類 (該当箇所全てにチェック)							
<input type="checkbox"/> セルフネグレクト (説明の項目に進んで下さい)							
<input type="checkbox"/> 他人による犯行							
<input type="checkbox"/> 身体的-暴行/殴打		<input type="checkbox"/> 性的		<input type="checkbox"/> 金銭的			
<input type="checkbox"/> 身体的-制約又は剥奪		<input type="checkbox"/> 無視		<input type="checkbox"/> 孤立			
<input type="checkbox"/> 身体的-化学的制約		<input type="checkbox"/> 放棄		<input type="checkbox"/> 心理的			
<input type="checkbox"/> 身体的-薬物治療		<input type="checkbox"/> 誘拐		<input type="checkbox"/> その他			
疑いのある虐待者							
疑いのある虐待者の関係		性別		民族性		住居	
-		-		-		<input type="checkbox"/> クライアントの家 <input type="checkbox"/> 家の外	
説明							
追加情報							
その他の機関の関与						報告者の関係	

注意：この書式は VAST(脆弱成人専門チーム)又は FC(法医学センター)ケース協議に紹介された人に使用されるものである。



Appendix L



Medical Assessment of Alleged Elder Abuse

Client name:

Date of birth:

Referring source/name:

Type of alleged abuse:

Purpose of evaluation:

Background Narrative (reason for referral to EAFC):

Date of evaluation:

Persons present: .

Location:

Written/Verbal Permission granted:acting as a witness.

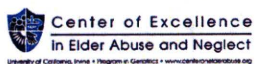
Medical Hx (pertinent):

Medications	Doses	How administered	Compliance

FUNCTION

Activities of Daily Living

	Independent	Partial assist/Reason	Total assist/Reason
Dressing			
Bathing			
Feeding			
Toileting			
Transferring			



___ _ Independent with ADLs (Fall risk, right shoulder range of motion limitation).

Intermediate Activities of Daily Living

	Independent	Partial assist/Reason	Total assist/Reason
Shopping			
Telephoning			
Finances			
Cooking			

___ Independent with IADLs

Environment:

Pertinent physical exam:

Cognitive assessment (see attached form for actual test):

MMSE total _____

Errors include _____

Clock draw total _____,

Interview with client:

Medical Record Review (Facility/Dates) (If applicable):

Assessment:

Recommendations:

Thank you for your kind referral to VAST.

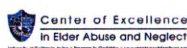
If you have further questions or concerns regarding, please do not hesitate to contact me.

Sincerely,

Geriatrician



Appendix L



高齢者虐待容疑の医学的評価

クライアント名：

誕生日：

紹介元／名前：

虐待容疑の種類：

評価の目的：

背景の説明（高齢者虐待法医学センターへの紹介理由）：

評価日：

出席者：

場所：

文書／口頭による許可承認・・・参考人として行動する。

即往歴（適切な場合）

薬物治療	投与量	投与方法	規則遵守

機能

日常生活での活動

	自立的	部分的介助／理由	全体的介助／理由
身支度			
入浴			
摂食			
排泄			
移動			

_____ 日常生活動作（転倒リスク、右肩部の運動制限）はできている。

日常生活動作中級

	自立的	部分的介助／理由	全体的介助／理由
買い物			
電話			
金銭			
料理			

_____ 手段的日常生活動作はできている。

環境：

関連する健康診断：

認知評価（実際のテストの添付書式を参照）：

認知機能検査トータル点_____

誤差は以下を含む_____

時間の経過（合計）_____

クライアントへのインタビュー：

診療記録の再検討（施設／日付）（適当な場合）：

評価：

提言：

脆弱成人専門チームへのご紹介ありがとうございます。

（・・・）に関して、さらなる質問や心配がありましたら、遠慮なくご連絡下さい。

敬具

老人病専門医

添付資料 4. サンフランシスコ高齢者虐待法医学センターで用いられている紹介状
(英語の書式とその日本語訳)

Office Use Only		<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Routine		Date:	Case Number:
SAN FRANCISCO ELDER ABUSE FORENSIC CENTER REFERRAL					
Section 1 – Consultation Information (Members Requested)					
<input type="checkbox"/> Adult Protective Services		<input type="checkbox"/> Medical Practitioner		<input type="checkbox"/> Ombudsman	
<input type="checkbox"/> Coroner/ME		<input type="checkbox"/> Law Enforcement		<input type="checkbox"/> D.A.	
<input type="checkbox"/> Public Guardian		<input type="checkbox"/> Psychologist		<input type="checkbox"/> Attorney other	
Section 2 – Referring Agency Information				Referring Case Number	
First Name	Last Name	FC Team Member Select... other:		E-mail	
Office Phone	Office Fax	Mobile Phone	Supervisor Name		
Section 3 – Client Information					
First Name	Last Name	Age	DOB	Language	Translation/Communication Needs
Level of Education Select...	Ethnicity Select...	Gender Select...		Marital Status Select...	
Address	City	Zip Code		Telephone	
Physician Name	Physician Telephone	Insurance	Medications and Dosage		
Illnesses and Addictions					
Physical Functional Status: Appears... Select...		Cognitive Status: Appears... Select...			
Living Setting Select...		Lives With Select...			
Previous Reports of Abuse <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Yes, explain					
Section 4 – Alleged Abuser Information					
First Name	Last Name	Organization	Age/Decade of Life	DOB	
Ethnicity Select...	Gender Select...	Language	Translation/Communication Needs		
Relationship to Client Select...	Primary Caregiver? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Lives with Client <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Mental Illness Select... if yes:		
Addiction - Alcohol <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown	Addiction – Illicit Drugs <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown	Addiction – Prescription <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown	Addiction -Other		
Address		City	Zip Code	Telephone	
Section 5 – Abuse Information					
Other Agencies Involved		Reporting Party Select...	Others with knowledge of abuse		
Types of Abuse (Check all that apply)					
<input type="checkbox"/> Abandonment	<input type="checkbox"/> Financial – Other Est. loss \$	<input type="checkbox"/> Self-Neglect	<input type="checkbox"/> Physical – Constraint or Deprivation		
<input type="checkbox"/> Abduction	<input type="checkbox"/> Isolation	<input type="checkbox"/> Neglect by Others	<input type="checkbox"/> Physical – Medication		
<input type="checkbox"/> Emotional	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Physical – Assault/Battery	<input type="checkbox"/> Undue Influence		
<input type="checkbox"/> Financial – Real Estate	<input type="checkbox"/> Physical – Chemical Restraint	<input type="checkbox"/> Other			
Narrative (attach additional pages if necessary) – Chronological order with dates appreciated					

Privacy Notice: This form contains confidential information intended only for the use of the San Francisco County Elder Abuse Forensic Center. Authorized recipients of this information are prohibited from disclosing this information to any other party unless required to do so by law or regulation and are required to destroy the information after its stated need has been fulfilled. If you are not the intended recipient, you are hereby notified that any disclosure, copying, distribution, or action taken in reliance on the contents of these documents is strictly prohibited. If you have received this information in error, please notify the sender immediately and arrange for the return or destruction of this document. Version: 0-15-2012

事務所使用のみ可		<input type="checkbox"/> 緊急	<input type="checkbox"/> 定期	日付:	ケース番号:
サンフランシスコ高齢者虐待法医学センター紹介					
セクション1-協働情報 (依頼された担当者)					
<input type="checkbox"/> 成人保護サービス	<input type="checkbox"/> 開業医	<input type="checkbox"/> オンブズマン			
<input type="checkbox"/> 検死官/検査医	<input type="checkbox"/> 法執行機関	<input type="checkbox"/> 地方検事			
<input type="checkbox"/> 公的保護者	<input type="checkbox"/> 心理学者	<input type="checkbox"/> その他の弁護士			
セクション2-紹介機関情報			紹介ケース番号		
名	姓	法医学センターチーム担当者 他の人を選ぶ:		Eメール	
事務所電話番号	事務所ファックス番号	携帯電話番号	管理者名		
セクション3-クライアント情報					
名	姓	年齢	誕生日	言語	通訳/意思疎通の必要性
教育水準	民族性	性	既婚歴		
住所	市	郵便番号	電話番号		
医師名	医師電話番号	保険	薬物治療/用量		
病気及び依存症					
身体的な機能状況		認知状況			
住環境	〜と同居中				
虐待履歴 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ある場合は説明要:					
セクション4-嫌疑のある虐待者情報					
名	姓	組織	年齢/10年単位の記載	誕生日	
民族性	性	言語	通訳/意思疎通の必要性		
クライアントとの関係	主たる介護者か <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	クライアントと同居 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	精神障害		
アルコール依存症 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	違法薬物依存症 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	処方薬依存症 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	その他の依存症		
住所	市	郵便番号	電話番号		
セクション5-虐待情報					
その他の関係機関	報告者	虐待に知識のある他の人達			
虐待の種類 (当てはまる箇所全てにチェック)					
<input type="checkbox"/> 放棄	<input type="checkbox"/> 金銭的-その他	<input type="checkbox"/> 自己放棄	<input type="checkbox"/> 身体的-制約又は喪失		
<input type="checkbox"/> 誘拐	損失額概算 \$	<input type="checkbox"/> 他者による放棄	<input type="checkbox"/> 身体的-薬物治療		
<input type="checkbox"/> 情緒的	<input type="checkbox"/> 孤独	<input type="checkbox"/> 身体的-脅迫と暴行	<input type="checkbox"/> 不当威圧		
<input type="checkbox"/> 金銭的-不動産	<input type="checkbox"/> 性的	<input type="checkbox"/> 身体的-化学的抑制	<input type="checkbox"/> その他		
説明 (必要に応じて追加ページを添付) 一年代順に日付を入れて下さい。					

