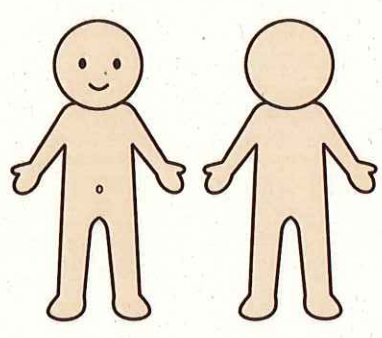


連絡日 年 月 日

子ども虐待防止連絡票						
子ども	氏名		性別		年齢・学年	
	住所					
	所属	保育園・こども園・幼稚園・小学校・中学校・特別支援学校・()				
保護者	氏名		性別		年齢	
	職業					
虐待の具体的な内容						
いつ頃から、誰によって				傷あざの部位、サイズなど		
どのような虐待か（内容・程度・頻度・時期・時間帯など）						
現在の子どもの状態（受けている最中か、そうでないか）						
本児はどう話しているか						
傷あざの有無。ある場合はその程度（できるだけ写真やスケッチをする）						
気になる妊婦や子どもの状態を具体的に（別表1～3参考）						
家庭の状況（子どもの発達・成長に影響を与える状況があるか）						
保護者の精神状態・経済面・支援者不在・夫婦関係等						
保護者自身が育児不安や子どもを育てられないなどを訴えているか					訴えあり	なし
市への相談を		勧めていない	勧めた⇒	同意あり	同意なし	
市への情報提供を		伝えていない	伝えた⇒	同意あり	同意なし	
発信者	所属				子ども・保護者との関係	
	氏名				電話番号	

※情報元の秘密は厳守します。通告は匿名でも可能ですが、連携できる方は記名をお願いします。

子ども虐待に関する通告・相談先

内 容	通告・相談先	電話番号	受付時間
児童虐待、ネグレクト、病気などで育児ができない、養育不安等	佐賀市家庭児童相談室	40-7254	平日 8:30~17:00
SBSや不自然な子どもの骨折・熱傷・頭部外傷など重度の虐待を疑う時	佐賀県中央児童相談所	26-1212 または ☎189	児童虐待通告は 24時間365日対応
子どもがいる家庭から殴られているような音や怒鳴り声が聞こえる、乳幼児が長時間放置されているなど危険性・緊急性が高い虐待が疑われる時	佐賀北警察署	30-1911	緊急通報は24時間 365日対応
	佐賀南警察署	23-6110	
		または☎110	