

平成 23 年 12 月吉日

各 位

公益社団法人日本産婦人科医会  
女性保健委員会  
担当副会長 竹村 秀雄  
担当常務理事 安達 知子  
委員長 山本 宝

### 性犯罪被害者診療チェックリストについて

平成 20 年 6 月に「産婦人科における性犯罪被害者対応マニュアル」を発行いたしましたが、この度、診察に必要なチェックポイントをまとめ実地版として「性犯罪被害者診療チェックリスト」を作成致しました。被害者が来院された際に、ご活用下さい。

#### 活用についての留意事項

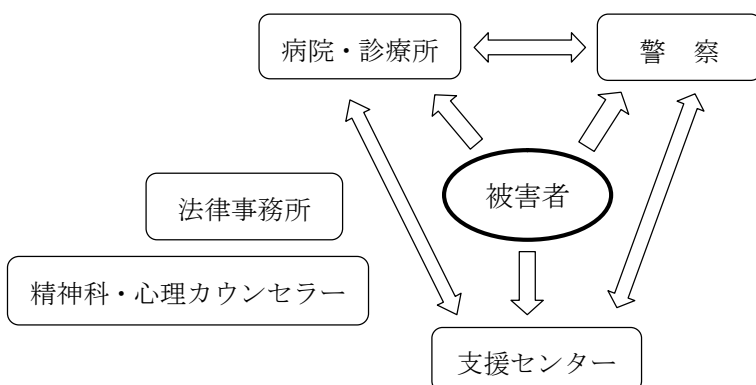
1. 警察への届出がなされていない場合、本人の意向を確認し、可能なら届出を勧めて下さい。
  - ① 届出は、被害遭遇場所の所轄警察です。  
病院所轄の警察署に問い合せて、届出警察署を確認して下さい。
  - ② 本人が承諾すれば、医療関係者からの電話連絡も可能です。本人とかわることがあります。
  - ③ 警察への届出とは、通報を意味するものであり、告訴する・しない事とは無関係です。
  - ④ 被害後、時間が経過し妊娠してから受診したケースでも通報すれば、原則診療にかかった料金は支援されます。(各都道府県警察本部に確認して下さい。)
2. 本人の同意  
写真撮影、証拠採取・保存をする場合、また警察へこれらを提供する場合は、別途書面による同意が必要です。
3. 本人へのことば掛けの配慮
  - ① あなたは、被害者で何も悪くないということば掛けを積極的にして下さい。
  - ② 安易な励ましや説教は、被害者を傷つけたり、回復を遅らせることとなりますので、控えて下さい。

例：「しっかりしているから大丈夫だね」「命が助かってよかったね」

「そんな時刻に外にいない方がよかったね」「思ったより元気そうだね」など

#### 施設の連携

#### 参 考



\* 弁護士会のパンフレット問い合わせ先  
犯罪被害者支援センター

月～金 11～16 時 TEL:03-3581-6666

\* 各都道府県警察の被害相談窓口

<http://www.npa.go.jp/higaisya/home.htm>

\* 全国被害者支援ネットワーク加盟犯罪被害者  
支援団体一覧

<http://www.nnvs.org/list/index.html>

\* 精神的な相談全般

全国精神保健福祉センター一覧

<http://www.acplan.jp/mhwc/centerlist.html>

性犯罪被害者診療チェックリスト

|                |  |   |
|----------------|--|---|
|                |  | 日付：                    年                    月                    日                              |
| ふりがな           |  | 生年月日：   |
| 氏名             |  | T・S・H                    年                    月                    日<br>(                    歳) |
| 来院時の様子         |  |   |
| 同伴者            | <input type="checkbox"/> あり  | 同伴者人数                    名<br>同伴者氏名<br>本人との関係<br>警察官の場合 (                    名)<br>所 属：<br>氏 名： |
|                | <input type="checkbox"/> なし  |   |
| 警察への届出         | <input type="checkbox"/> あり → 警察署名：被害遭遇所轄 (                    )<br>届出者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (                    )<br>→ (後日記載) 告訴の有無： <input type="checkbox"/> あり ( / ) <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 取り下げ ( / )<br><input type="checkbox"/> なし → その後 ( / )： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 (                    ) より届出<br><input type="checkbox"/> 届出場所 (                    ) |   |
| 被害者センター等への届出   | <input type="checkbox"/> あり → 届出者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (                    )<br>届出場所：(                    )<br><input type="checkbox"/> なし → その後 ( / )： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 (                    ) より届出<br><input type="checkbox"/> 届出場所 (                    )  |   |
| パンフレットの提供      | <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 被害者支援センター <input type="checkbox"/> 弁護士会の法律相談<br><input type="checkbox"/> その他 (                    )<br><input type="checkbox"/> なし  |   |
| 病院に着いた時間       | 年                    月                    日                    時                    分  |   |
| 診察開始時間         | 年                    月                    日                    時                    分  |   |
| 被害者の様子         | <input type="checkbox"/> 不安そうに見える <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> ふるえている<br><input type="checkbox"/> 放心状態 <input type="checkbox"/> 落ち着かない <input type="checkbox"/> 怒っている<br><input type="checkbox"/> 興奮状態 <input type="checkbox"/> 冷静 <input type="checkbox"/> 無感情<br><input type="checkbox"/> 警戒的 <input type="checkbox"/> その他 (                    )   |   |
| 被害状況等<br>自由記載欄 |  |   |
| 料金請求先          | <input type="checkbox"/> 本人 (初診・再診) <input type="checkbox"/> 警察 (初診・再診) <input type="checkbox"/> その他   |   |

|                            |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|
| 警察より情報提供                   |  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合、警察からの情報提供で記入) |  |
| 被害に遭った時間                   | 年 月 日 ( ) 時 分  |  |  |
| 被害に遭った場所                   | <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  | <input type="checkbox"/> 室内 ( )<br><input type="checkbox"/> 室外 ( )           |  |
| 人数                         | <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数 ( ) 人  |  |  |
| 関係                         | <input type="checkbox"/> 見知らぬ人 <input type="checkbox"/> 顔見知り <input type="checkbox"/> 親しい人<br><input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |  |
| その他                        |  |  |  |
| 問 診                        |  |  |  |
| 強制的なペニスの膣への挿入              | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない   |  |  |
| 強制的なペニスの肛門への挿入             | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない   |  |  |
| 強制的な異物の膣への挿入               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (物: ) <input type="checkbox"/> わからない   |  |  |
| 強制的な異物の肛門への挿入              | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (物: ) <input type="checkbox"/> わからない   |  |  |
| コンドームの使用の有無                | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない   |  |  |
| その他                        |  |  |  |
| 衣類                         | <input type="checkbox"/> 着替えた <input type="checkbox"/> 着替えていない   |  |  |
| シャワーまたは入浴                  | <input type="checkbox"/> 浴びた・入浴した <input type="checkbox"/> 浴びていない・入浴していない  |  |  |
| 膣の洗浄                       | <input type="checkbox"/> 洗浄した <input type="checkbox"/> 洗浄していない   |  |  |
| うがい                        | <input type="checkbox"/> うがいした <input type="checkbox"/> うがいしていない   |  |  |
| 排尿                         | <input type="checkbox"/> 排尿した <input type="checkbox"/> 排尿していない   |  |  |
| 排便                         | <input type="checkbox"/> 排便した <input type="checkbox"/> 排便していない   |  |  |
| 薬 (睡眠剤、覚せい剤等)・<br>アルコールの服用 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり ( )<br>(ありの疑い) → <input type="checkbox"/> 自ら服用 <input type="checkbox"/> 強制的な投与 <input type="checkbox"/> 不明  |  |  |
| 既往歴                        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )  |  |  |
| アレルギー                      | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )  |  |  |
| 現在内服中の薬                    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )  |  |  |
| 結婚歴                        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (継続中・別居中・離婚) <input type="checkbox"/> 同棲中  |  |  |
| 経妊歴・経産歴                    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (流産・中絶・出産)   |  |  |
| 月経                         | <input type="checkbox"/> 最終月経 年 月 日～ 日間<br><input type="checkbox"/> 月経周期 日・不規則 ( 日～ 日)<br><input type="checkbox"/> まだない <input type="checkbox"/> 閉経 年 月頃   |  |  |
| 被害前の性交<br>最終性交日<br>避妊の有無   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> 年 月 日<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (避妊方法: )  |  |  |
| 本人の同意<br>(*別途同意書にサイン必要)    | 診察することへの本人の同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>*写真撮影することへの本人の同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>*証拠採取することへの本人の同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>*その他の同意 ( ) |  |  |



| 検査                       |  |    |       |    |
|--------------------------|--|----|-------|----|
| ■法医学的検査                  |  |    |       |    |
| DNA鑑定                    | <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した   |    |       |    |
| 分泌物採取（性器）                | <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した 採取部位（口腔・肛門・外陰部・膣・子宮頸管）<br>採取方法（綿棒・スライドグラス・吸引）<br>採取物中の精子 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明  |    |       |    |
| くしによる陰毛の採取               | <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した 陰毛→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（場所 ）  |    |       |    |
| 体表面上の唾液採取                | <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した   |    |       |    |
| 異物の確認                    | <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した 異物→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（場所 ）  |    |       |    |
| コルポスコープ<br>（創部の詳細な確認が目的） | <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した 裂傷→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（場所 ）  |    |       |    |
| ■感染症検査                   |  |    |       |    |
| <血液検査>                   | 初診検査日  | 結果 | 再診検査日 | 結果 |
| 梅毒血清反応                   | /  |    | /     |    |
| HBs 抗原（B型肝炎）検査           | /  |    | /     |    |
| HCV 抗体（C型肝炎）検査           | /  |    | /     |    |
| HIV（エイズウイルス）検査           | /  |    | /     |    |
| クラミジア検査（抗体）              | /  |    | /     |    |
| <膣分泌物及び子宮頸管検査>           | 初診検査日  | 結果 | 再診検査日 | 結果 |
| 淋菌                       | /  |    | /     |    |
| クラミジア検査（抗原）              | /  |    | /     |    |
| 一般細菌                     | /  |    | /     |    |
| <その他>                    | 初診検査日  | 結果 | 再診検査日 | 結果 |
| 妊娠反応                     | /  |    | /     |    |
| その他（ ）                   | /  |    | /     |    |
| 警察への提出物                  | <input type="checkbox"/> 採取物<br><input type="checkbox"/> 精液様 <input type="checkbox"/> 唾液様 <input type="checkbox"/> 体毛<br><input type="checkbox"/> その他（ ）<br><input type="checkbox"/> 品物（ ）<br>引渡時刻： 年 月 日 時<br>引渡者： 受取者： |    |       |    |
| 治療内容                     | <input type="checkbox"/> 緊急避妊（ ） <input type="checkbox"/> 傷の手当て <input type="checkbox"/> 抗生剤<br><input type="checkbox"/> 膣洗浄（行なった・行なわず） <input type="checkbox"/> 抗生剤膣錠挿入（した・しない）   |    |       |    |
| メンタルケアへの紹介・対応            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設（ ）  |    |       |    |
| 担当医師：                    | コメディカル：  |    |       |    |