

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

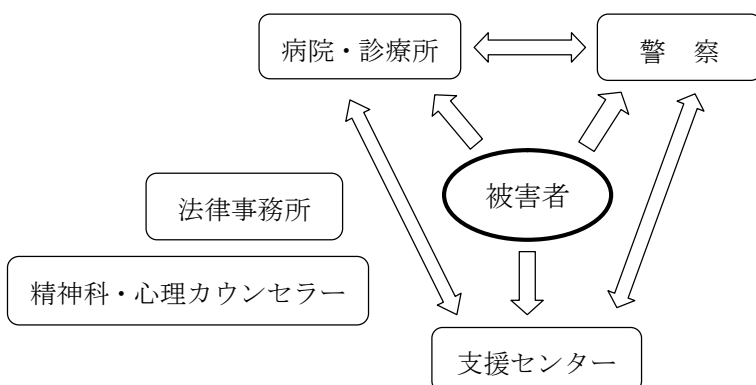
1. 警察への届出がなされていない場合、本人の意向を確認し、可能なら届出を勧めて下さい。
  - ① 届出は、被害遭遇場所の所轄警察です。  
病院所轄の警察署に問い合せて、届出警察署を確認して下さい。
  - ② 本人が承諾すれば、医療関係者からの電話連絡も可能です。本人とかわることがあります。
  - ③ 警察への届出とは、通報を意味するものであり、告訴する・しない事とは無関係です。
  - ④ 被害後、時間が経過し妊娠してから受診したケースでも通報すれば、原則診療にかかった料金は支援されます。(各都道府県警察本部に確認して下さい。)
2. 本人の同意  
写真撮影、証拠採取・保存をする場合、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 (                    歳)
来院時の様子		
同伴者	<input type="checkbox"/> あり	同伴者人数                    名 同伴者氏名 本人との関係 警察官の場合 (                    名) 所 属： 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 (                    ) 届出者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (                    ) → (後日記載) 告訴の有無： <input type="checkbox"/> あり ( / ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 取り下げ ( / ) <input type="checkbox"/> なし → その後 ( / )： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 (                    ) より届出 <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 (                    ) 届出場所：(                    ) <input type="checkbox"/> なし → その後 ( / )： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 (                    ) より届出 <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 <input type="checkbox"/> その他 (                    ) <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 <input type="checkbox"/> 放心状態 <input type="checkbox"/> 落ち着かない <input type="checkbox"/> 怒っている <input type="checkbox"/> 興奮状態 <input type="checkbox"/> 冷静 <input type="checkbox"/> 無感情 <input type="checkbox"/> 警戒的 <input type="checkbox"/> その他 (                    )	
被害状況等 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 室内 ( ) <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 <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)・ アルコールの服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) (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 <input type="checkbox"/> 月経周期 日・不規則 ( 日～ 日) <input type="checkbox"/> まだない <input type="checkbox"/> 閉経 年 月頃		
被害前の性交 最終性交日 避妊の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (避妊方法: )		
本人の同意 (*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 *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 *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 *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） 採取方法（綿棒・スライドグラス・吸引） 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 （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 <input type="checkbox"/> 精液様 <input type="checkbox"/> 唾液様 <input type="checkbox"/> 体毛 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 品物（ ） 引渡時刻： 年 月 日 時 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 <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：			