

対象者情報シート(受任調整会議用)

1 本人の基本情報

氏名	Aさん	性別 男・女	生年月日	(歳)
住所	住民票上の住所: 実際住んでいる場所:			
介護認定情報	<input type="checkbox"/> (認定日 令和 年 月) 利用中の介護保険サービス()			
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) _____ <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級) _____ <input type="checkbox"/> 手帳は持っていない			

2 相談内容

相談日・相談者	令和 年 月 .
相談内容	

3 親族状況

親族状況 (家族関係図)	「親族関係図」添付
家族関係における特記事項	
生活歴	

4 本人の状況

1. 現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅(本人所有・家族所有・借家) <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> 施設()			
2. 本人の病歴	病名	発症時期	受診状況等	備考
3. 身体機能・生活機能について	<input type="checkbox"/> 支援の必要はない <input type="checkbox"/> 支援が必要である 支援内容:			
4. 認知機能について	認知機能は、日によって変動することが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ア 日常的な行為に関する意思の伝達について → イ 日常的な行為に関する理解について → ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について → エ 本人が家族等を認識できるかについて → ※具体的な内容等			
5. 日常の意思決定について	<input type="checkbox"/> できる。 <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる。 <input type="checkbox"/> 日常的に困難である。 <input type="checkbox"/> できない。 ※具体的な内容等			

6. 金銭管理について	<input type="checkbox"/> 本人が管理している。 <input type="checkbox"/> 親族又は第三者の支援を受けている。 ※具体的な内容等：
7. 本人の財産や収支の状況について	収入 月額(円) <input type="checkbox"/> 年金() <input type="checkbox"/> 生活保護() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 支出 月額(円) <input type="checkbox"/> 家賃() <input type="checkbox"/> 介護・医療等の費用() <input type="checkbox"/> 生活費() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 財産 <input type="checkbox"/> 預貯金() <input type="checkbox"/> 不動産() <input type="checkbox"/> 負債()

5 本人等の意向

本人の意向	
親族の意向	

6 成年後見制度利用の必要性について

1. 判断能力	<input type="checkbox"/> 後見相当 <input type="checkbox"/> 保佐相当 <input type="checkbox"/> 補助相当 <input type="checkbox"/> 判断能力に支障はない
2. 成年後見申立て、任意後見契約の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 年 月頃 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の手続 <input type="checkbox"/> 任意後見契約の締結
3. 成年後見申立ての手続きについての本人の理解度	<input type="checkbox"/> 申立てをすることの説明を受けて、ある程度理解している。 申立てについての本人の意見 <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 不明 後見人等候補者についての本人の意見 <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申立てをすることの説明を受けたが、理解できていない。 <input type="checkbox"/> 申立てをすることを説明しておらず、知らない。 <input type="checkbox"/> その他()
4. 後見人等候補者	<input type="checkbox"/> いる() <input type="checkbox"/> いない
5. 推定相続人	<input type="checkbox"/> いる() <input type="checkbox"/> いない
6. 後見人に期待する役割について	<input type="checkbox"/> 財産管理 <input type="checkbox"/> 預貯金の支払い、解約 <input type="checkbox"/> 保険金の受領 <input type="checkbox"/> 遺産分割 <input type="checkbox"/> 施設入所・福祉サービス利用の契約、手続き等 <input type="checkbox"/> 入院等の医療サービス利用の契約、手続き等 <input type="checkbox"/> 裁判所への手続き <input type="checkbox"/> 訪問販売等の契約の取消し <input type="checkbox"/> 不動産処分 <input type="checkbox"/> その他()
7. その他の必要な制度等	