

作成日	平成 年 月 日	受付者	
相談形態	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他( )		
対象者区分	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> その他( )		
フリガナ 対象者氏名		男 女	住所 〒
電話番号		生年月日	年 月 日(満 歳)
相談者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> 隣人・知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 行政(福祉事務所等) <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 市町村社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他( )		
相談者	氏名又は名称	連絡先(電話番号)	対象者との関係
相談区分	<input type="checkbox"/> 制度全般 <input type="checkbox"/> 申立手続き <input type="checkbox"/> 財産管理 <input type="checkbox"/> 遺言・相続 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他( )		
相談内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者はどんな方(障害、就労、居住、経済状況)</li> <li>・現在どのような支援を受け生活しているか(生活状況)</li> <li>・対象者に成年後見制度の必要性を感じた理由 など</li> </ul>		
	記入欄:		
生活暦等	(出身・職歴等)		
本人の意思 (成年後見制度)	<input type="checkbox"/> 利用の意思ある <input type="checkbox"/> 必要性は認めているが利用の意思は不安定 <input type="checkbox"/> 必要性は認めているが利用の意識は低い <input type="checkbox"/> 利用について拒否傾向 <input type="checkbox"/> 不明		
判断能力	<input type="checkbox"/> 十分ある <input type="checkbox"/> 説明すれば理解できる <input type="checkbox"/> 説明しても理解が難しい時がある <input type="checkbox"/> 説明しても理解ができない		

生活状況等

世帯状況		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 障害者のみ <input type="checkbox"/> その他( )		
住宅状況		<input type="checkbox"/> 本人持家 <input type="checkbox"/> 家族持家 <input type="checkbox"/> 本人借家 <input type="checkbox"/> 家族借家 <input type="checkbox"/> その他( )		
		<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他( )		
家族状況及び関係者状況	同居 別居	氏名	年齢	
				<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )
				<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )
				<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )
				<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )
				<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )
家族関係図(ジェノグラム)			主な関係者 ・親族( ) ・民生委員( ) ・隣人、知人( ) ・行政( ) ・その他	
連絡先	氏名:		続柄:	TEL:
	住所:〒			
	氏名:		続柄:	TEL:
	住所:〒			
	氏名:		続柄:	TEL:
	住所:〒			
生活保護	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外	CW:	TEL:	
虐待	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 身体的( ) <input type="checkbox"/> ネグレクト( ) <input type="checkbox"/> 経済的( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
詐欺被害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・手口等( ) ・被害総額( 約 円)			
資産状況	内容	金額	その他	
	年金( )	約 円/月	<不動産> <input type="checkbox"/> なし	
	年金( )	約 円/月	<input type="checkbox"/> あり( )	
	給与( )	約 円/月	<借金>	
	その他( )	約 円/月	<input type="checkbox"/> なし	
		約 円/月	<input type="checkbox"/> あり( )	
	合計	約 円/月	<その他資産>	
預貯金等	約 円			

福祉・医療等

障害等 関係	認知症診断	<input type="checkbox"/> あり( )HDS-R 点 <input type="checkbox"/> なし		
	療育手帳	<input type="checkbox"/> あり A1・A2・B1・B2 <input type="checkbox"/> なし		
	精神保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり 1級・2級・3級 <input type="checkbox"/> なし		
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり 視覚・聴覚・肢体・その他( ) <input type="checkbox"/> なし		
	その他 診断	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし		
	障害支援区分認定	<input type="checkbox"/> あり 非該当・区分1・2・3・4・5・6 <input type="checkbox"/> なし		
	相談事業所名:	TEL:		
担当者名:	FAX:			
介護保険 関係	<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	担当事業所名:	TEL:		
	担当者名:	FAX:		
福祉サ ービス 等の 利用 状況	サービス名	頻度	事業署名	内 容
健康状態 ・ 身体状況	医療機関:	往診 <input type="checkbox"/> あり ( 回/ ) <input type="checkbox"/> なし		
	主治医:	通院 <input type="checkbox"/> あり ( 回/月 ) <input type="checkbox"/> なし		
	既往病歴・現疾患等			
その他				