**権利擁護にかかる相談受付票**

－５－

相談者事前記入用

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. |  | 相談機関：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受付日時 | 令和　　年　　月　　日　　　時　　分頃 | 受付者 |  |
| 相談形態 | [ ] 電話　　[ ] 来所　　[ ] 訪問　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　） |
| 対象者区分 | [ ] 認知症高齢者　[ ] 知的障がい者　[ ] 精神障がい者　[ ] その他（　　　　　　　）　　　　　　　　　 |
| フリガナ対象者氏名 |  | 男女 | 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  | 生年月日 | S・H・R　年　　月　　日(　　歳） |
| 相談者区分 | [ ] 本人　[ ] 親　[ ] 子　[ ] 配偶者　[ ] 兄弟・姉妹　[ ] 親類　[ ] 隣人・知人[ ] ヘルパー　[ ] 民生委員　[ ] 介護支援専門員　[ ] 相談支援専門員[ ] 福祉施設　[ ] 行政（　　　　　）　[ ] 医療機関　[ ] 市町村社会福祉協議会[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談者 | 氏名又は名称 | 連絡先 | 対象者との関係 |
|  |  |  |
| 相談区分 | [ ] 成年後見制度に関すること　[ ] 日常的な金銭管理に関すること　[ ] 虐待及び差別に関すること　[ ] 各種サービスに関すること（手続き、苦情等）[ ] 本事業に関すること　　　　[ ] その他（　　　　　　　　） |
| 相談内容 | 1. 対象者はどんな方（障がい、就労、居住、経済状態）
2. 現在どのような支援を受け生活しているか（生活状況）
3. 成年後見制度利用の必要性を感じた理由や経過
 |
| 本人へ支援が必要なこと | ※必要と見込まれるものに☑[ ] 財産管理　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 裁判所の手続き[ ] 預貯金の払い戻し、解約　　　　　　　　　[ ] 訪問販売等の契約取り消し[ ] 保険金の受領　　　　　　　　　　　　　　[ ] 不動産処分[ ] 遺産分割　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] その他[ ] 施設の入所、病院入院の契約締結　　　　　（　　　　　　　　　　　　） |
| 制度利用に関する　　　　本人の意思 | [ ] 利用意思がある　　　[ ] 必要性は認めているが利用の意思は不安定[ ] 必要性は認めているが利用の意思は低い　　[ ] 利用について拒否傾向[ ] 意向未確認（制度の提案・説明はこれから） |
| ※後見人等による預貯金管理が必要と思われる場合、預貯金通帳を後見人等が管理（保管）することについて[ ] 了承している　　　　[ ] 意思は不安定　　　　[ ] 拒否傾向 |
| 判断能力 | [ ] 十分ある　　[ ] 説明すれば理解はできる　　[ ] 説明しても理解が難しい時がある　　[ ] 説明しても理解ができない　 |
| 特記 | 項　　目 | 　有　無 | 説明（有に☑の場合） |
| ①　虐待（搾取）について | [ ] 有　[ ] 無 |  |
| ②　借金について | [ ] 有　[ ] 無 |  |
| ③　その他（あれば記入） |
| 対応 | [ ] 情報提供や相談対応を行い経過観察[ ] [ ] 検討会議の開催 |
| 中核機関決裁 | 事務局長 | 課　長 | 係　長 | 主　査 | 係　員 |
|  |  |  |  |  |

－６－

**情報シート１（生活状況）**

**作成日　　年　　月　　日**

－７－

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 世帯状況 | [ ] 独居　[ ] 日中独居　[ ] 高齢者のみ　[ ] 障がい者のみ　[ ] その他（　　　　　　　　） |
| 住居状況 | [ ] 本人持家　[ ] 家族持家　[ ] 本人借家　[ ] 家族借家　[ ] その他（　　　　　　）　↪持家の場合名義人（　　　　　　　　　） |
| [ ] 一戸建て　[ ] 公営住宅　[ ] アパート　[ ] その他（　　　　　　　　　　） |
| 親族及び第三者支援の状況 | 家族関係図（ジェノグラム） | 第三者の支援状況 |
| 　　　 | ※相続人以外の親戚や近隣住民 |
| 続柄：  | 年齢： | 連絡先の把握： 有 ・ 無 ・ (　　　　　) |
| 関わり・支援の状況： |
| 制度利用についての意見： |
| 続柄：  | 年齢： | 連絡先の把握： 有 ・ 無 ・ (　　　　　) |
| 関わり・支援の状況： |
| 制度利用についての意見： |
| 続柄：  | 年齢： | 連絡先の把握： 有 ・ 無 ・ (　　　　　) |
| 関わり・支援の状況： |
| 制度利用についての意見： |
| 就労状況 | [ ] 就労中[ ] 無職 | 勤務先： | TEL： |
| 生活保護 | [ ] 受給中[ ] 対象外 | CW： | TEL： |
| 主な収入源 | 内　　容 | 金　額 |
|  | 約　　　　　　円／月 |
|  | 　約　　　　　　円／月 |
|  | 　約　　　　　　円／月 |
| 合　　計 | 約　　　　　　円／月 |
| 主な支出 | 内　　容 | 支払方法 | 金　額 |
|  | 現金・口座引落 | 約　　　　　　円／月 |
|  | 現金・口座引落 | 約　　　　　　円／月 |
|  | 現金・口座引落 | 約　　　　　　円／月 |
|  | 現金・口座引落 | 約　　　　　　円／月 |
| 合　　計 | 約　　　　　　円／月 |
| 預貯金取引金融機関 | 金融機関名　種類 | 管理者 | 預貯金額 |
| 　銀行・信用金庫 | 普通・定期 | 本人・（　　　　　　） | 円 |
| 　銀行・信用金庫 | 普通・定期 | 本人・（　　　　　　） | 円 |
| 　銀行・信用金庫 | 普通・定期 | 本人・（　　　　　　） | 円 |
| 　銀行・信用金庫 | 普通・定期 | 本人・（　　　　　　） | 円 |
| その他 | 【金銭管理状況の詳細について】 |

　　　　　　　例）・本人が通帳を管理し、カードでおろしているが、カードを紛失することもある。

　　　　　　　　 ・やむなく施設が管理し、払戻の際は本人に同行している。

－８－

**情報シート２（介護・医療）**

**作成日　　年　　月　　日**

－９－

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 障がい等 | 認知症　　　診断　　　[ ] あり（診断日：S・H・R　　年　月　日）　[ ] なし日常生活自立度　障害高齢者の日常生活自立度　自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・２　　　　　　認知症高齢者の日常生活自立度　自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ |
| 知的障がい　療育手帳　[ ] あり（認定日：S・H・R　　年　月　　日）[ ] なし　　　　　　　　　　　[ ] A重度　[ ] B中軽度 |
| 精神障がい　精神保健福祉手帳　[ ] あり（認定日：S・H・R　　年　月　日）　[ ] なし　　　　　　　　　　　[ ] １級　[ ] ２級　[ ] ３級　　　　　　　　　　　疾患名（　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 身体障がい　身体障害者手帳　[ ] あり（交付日：S・H・R　　年　月　日）　[ ] なし　　　　　　　　　　　[ ] １級　[ ] ２級　[ ] ３級 [ ] ４級　[ ] ５級　[ ] ６級　　　　　　　　　　　障がい名（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他　　診断　　　　[ ] あり（　　　　　　　　　 　　　　　　）　[ ] なし |
| 　介護保険 | [ ] 対象外　　[ ] 未申請　　[ ] 結果待ち　[ ] 自立[ ] 総合事業対象者　[ ] 要支援１　[ ] 要支援２[ ] 要介護１　[ ] 要介護２　[ ] 要介護３　[ ] 要介護４　[ ] 要介護５（認定日　　年　月　日） |
| 事業者名：  | TEL： |
| 介護支援専門員：  | FAX： |
| 障がい福祉 | [ ] 未申請　　[ ] 結果待ち　[ ] 区分１　　[ ] 区分２　 [ ] 区分３　 [ ] 区分４　 [ ] 区分５　 [ ] 区分６（認定日　令和５年７月１日） |
| 事業者名：  | TEL： |
| 相談支援専門員： | FAX： |
| 福祉サービス等の利用状況 | サービス名 | 頻度 | 内容等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 施設サービス利用状況 | 施設名：  | 入所期間 | 　年 |
| 保証人・身元引受人・緊急連絡先 | 有　　・　　無↪有の場合 関係性（　　　　　　） |
| 健康状態 | 医療機関：  | 主治医：  |
| 往診　[ ] あり（　　　回／月　）[ ] なし | 通院　[ ] あり（　　回／月　）[ ] なし |
| 既往症歴・現疾患等 |
|  |
| 判断能力 | 各種検査の状況・類型についての医師の意見等 |
| 長谷川式認知症スケール：　　　　　点　（　年　月　実施）MMSE：　　　　　　　　　　　　点　（　年　月　実施）知能検査：　　　　　　　　　　　　　　（　年　月　実施）　　　　：　　　　　　　　　　　　　　（　年　月　実施）類型（後見・保佐・補助）についての医師の意見： |
| 身体状況 |  |
| 生活歴等 |  |

－１０－

**協議結果・役割分担票**

－１１－

|  |  |
| --- | --- |
| 権利擁護支援の方針 | １．成年後見制度（法定後見）２．成年後見制度（任意後見）３．日常生活自立支援事業４．見守り５．その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記（1.2.3）開始までの支援策 |
| 本人にふさわしい成年後見制度の利用 | 申立人 | [ ] 本人　[ ] 親族　[ ] 市町村長（担当：　　　　　　　　　　　）[ ] その他（　　　　　　　　　） |
| 申立支援の中心 | [ ] 親族　[ ] 地域包括支援センター　[ ] 介護支援専門員[ ] 基幹相談支援センター　[ ] 相談支援専門員[ ] その他（　　　　　　　　　） |
| 本人情報シート | 担　当　第１（　　　　　　　　　　　　　　　　）（作成者）第２（　　　　　　　　　　　　　　　　）作成期日　令和　　年　　月　　日 |
| 診断書作成 | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※診断書の依頼者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 登記されていないことの証明 | [ ] 東京法務局　[ ] 福島地方法務局　　（担当：　　　　　　） |
| 家族等への説明 | [ ] 地域包括支援センター　[ ] 介護支援専門員[ ] 基幹相談支援センター　[ ] 相談支援専門員[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申立費用 | [ ] 本人　　　　[ ] 親族　※求償権使用（有・無）　 |
| 後見人等候補者 | ・・ |
| 成年後見支援センターへの相談の必要性 | [ ] 必要性の検討[ ] 申立のサポート[ ] 後見人受任者の検討[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |