**成年後見制度に係る相談票（その１）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談機関 | 所属 |  | | | | | | | | 職　種 |  | | |
|  | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | 連絡先 |  | | |
| 相談者 | 氏名 |  | | | | | | | | 本人との関係 |  | | |
| 住所 |  | | | | | | | | 連絡先 |  | | |
| 支援対象者 | 氏名 |  | | | | | | | | 生年月日 |  | 年　月　日 | |
| 住所 |  | | | | | | | | 連絡先 |  | | |
| 居所 |  | | | 住所又は施設・病院名 | | |  | | | | | |
| 同居者 |  | | | | | | | | | | | |
| 特性 | 高齢 | |  | | | | 補足 | |  | | | |
| 障害 | | 身体　知的　精神 | | | | 補足 | |  | | | |
| その他 | |  | | | | | | | | | |
| ADL |  | | | | | | | | | | | |
| IADL | 【 】電話　【 】買い物　【 】食事の準備　【 】掃除や片付け  【 】洗濯　【 】外出（移動）　【 】服薬管理　【 】財産管理  「○：自立、△：要支援、×：できない、？：不明」から該当する者を選択 | | | | | | | | | | | |
| 意思疎通 | 読み書き | | |  | 会話 |  | | 日常的な説明等の理解 | | | |  |
| 相談の種類 | | 成年後見制度の利用 | | | | | |  | | | | | |
| 主な課題 | | 金銭管理・契約　財産管理(相続含む)　債務整理　身上監護　そのほか | | | | | | | | | | | |
| 緊急性 | |  | (緊急の場合)調整・回答希望日 | | | | | クリックまたはタップして日付を入力してください。 | | | | | |
| 相談内容等 | | 裏面のとおり | | | | | | | | | | | |

※以下、質問以外の場合

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人意思 | 今回の相談  後見制度の利用 | | | 知っている　説明したが、理解できない  同意　拒否　説明したが、理解できない　確認不能 | | |
| 収入状況  (月収) | 本　人 | 給与（　　　　　）年金（　　　　　）そのほか（　　　　　）保護世帯 | | | | |
| 同居人 |  | | | | |
| 資産状況 | 本人名義の預貯金等（30万円以上）　同居人名義の預貯金等（30万円以上）  本人名義の土地、建物　未確認 | | | | | |
| 債務状況 | 未確認　有（　　　　　　万円） | | | | | |
| キーパーソン |  | | | | かかわり |  |
| 四親等以内の親族 |  | | | | かかわり |  |
| 支援機関 |  | | | | かかわり |  |
| 支援状況 | 介護保険サービス利用中　障害福祉サービス利用中　日常生活支援事業利用中 | | | | | |
| 後見人候補 |  | | （ありの場合）候補者 | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 相談(質問)内容 | |
|  | |
| 質問の意図　／　本人、相談者の意向 | ジェノグラム（関係図）※必要に応じて記入 |
|  |  |

●以下、中核機関記入

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受領日 | |  | 相談番号 | － |
| 調整方針 | | 相談対応　ケース会（　　　　　　　　開催）　調整会議（　　　　　　　　開催）　虐待事案 | | |
| 所長 | | 社会福祉班 | 課長 | 地域包括支援班 |
|  | |  |  |  |
| 対応方針 | | | | |
| 事務局会 |  | | | |
| ケース会 |  | | | |
| 調整会議 |  | | | |