**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 |  |