

権利擁護支援方針相談シート

提案日	年 月 日	相談者 氏名		相談者/所 属/電話	
相談概要 (必要により別紙添 付も可)					
(ふりがな) 本人氏名		性別	男・女	年齢	年生まれ(歳)
居住地	市内・市外・不明(具体的に)				
本人の現況	在宅・入院中・入所中()				
現病歴/既往歴 と通院有無/ 判断能力低下に 起因する疾病	病名	年月日	医療機関・医師名		通院頻度
介護認定	非該当 要支援() 要介護()	身体状 況	障害の手帳()手帳/支援区分()		
本人の意向 ・希望	(今後の生活についての意向)				
	(手伝ってほしいこと、困っていること)				
	(金銭管理についての意向)				
	(その他 本人にとって重大なこと)				
本人の選考・ 価値観	(好きなこと、嫌いなこと、大事にしている思い)				
家族・親族の 状況			生活歴 (現状)		
経済 状況	資産	預貯金額 円		その他の資産:	
	主な収入 【A】			月額	円
	主な支出・ 債務【B】			月額	円
	差額 【A】-【B】	【A】合計	円 -	【B】合計	円
支援者・関係 機関の関与と 状況					
判断能力につ いて	認知症・知的障害・精神障害・その他()・なし・不明 【詳細】				
制度の利用に ついて	成年後見制度の利用	無	(初めての相談・これまでも相談している・不明)		
	成年後見制度の利用	有	(補助・保佐・後見・任意後見)		