

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 |
| 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) | | |