

権利擁護支援方針相談シート

提案日 年 月 日

提案者 氏名		提案者 所属		本人との最 終面談日	年 月 日
本ケースの 相談者	<input type="checkbox"/> 提案者 <input type="checkbox"/> 支援者(所属等:) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人親族(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()				
提案者の 相談概要 (何に課題を感じて いて、何を委員会 で相談したいか)					
相談の経過 (時系列で記入) (必要により別紙 添付も可)					
本人氏名		性別	男・女	年齢	年 月 日生(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 / 施設・病院名()				
現病歴/既往歴 と通院有無/ 判断能力低下 に起因する疾病	通院: 有・無				
	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	障がいの手帳(身体・知的・精神)・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)				
本人の選好 ・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	ジェノグラム(親族関係図)		協力の得 られる親 族の有無	不明 有・無	本人から見た続柄:
			親族の状況		
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 (利用中のサー ビス等)					
判断能力につ いて	認知症・知的障がい・精神障がい・その他()・なし・不明 HDS-R実施:不可・無・有 結果(/30) MMSE実施:不可・無・有 結果(/30) 【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)				