

成年後見にかかる調査票

記入年月日	年 月 日 ()	所属名	
記入者		TEL	

相談者		本人との続柄		
		TEL		
本人基本項目	フリガナ	M・T・S・H		
	氏名	生年月日	年 月 日 () 歳	
	住所 (住民票上)	区	電話 (自宅等) (携帯等)	
	居住地 (現住所)	区	電話 (自宅等) (携帯等)	
	障害とその程度	1 高齢者 [A.未申請 B.申請中 C.認定済[a.要支援 () b.要介護 ()] 2 知的障害者 [療育手帳 A.あり () 度 B.なし] 3 精神障害者 [保健福祉手帳 A.あり () 級 B.なし] (自立支援医療の利用 A.あり B.なし) 4 身体障害者 [身体障害者手帳 A.あり () 種 () 級 B.なし] 障害名 ()		
	財産状況	収入総額 月 () 円 1 年金 円 2 生活保護 円 3 賃金 円 4 その他 () 円	支出総額 月 () 円 1 家賃 円 2 福祉サービス利用料 円 3 生活費 (食費等) 円 4 その他 () 円	資産 預金 () 円 負債 () 円 不動産 あり・なし ()
支援が必要な状況・経緯	1 財産管理 2 身上監護 3 虐待及び権利侵害 4 その他 (具体的な事情)			
成年後見の利用に関する本人の意向				
本人健康情報	健康状態	病 気 (あり ・ なし) ありの場合、病気の症状 () 既往歴 (あり ・ なし) ありの場合、病名 () かかりつけ医 (あり ・ なし) ありの場合、病院名 () 成年後見申立の診断書作成依頼 (可 ・ 不可 ・ 要調整)		
	ADL	(心身の状況) (日常生活の状況) 【障害高齢者の日常生活自立度】 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 【認知症高齢者の日常生活自立度】 自立 I II a II b III a III b IV M 【障害程度区分】 非該当 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6		
	福祉・介護サービス利用状況			
	日常生活自立支援事業の利用	1 利用していない 2 申込み中 3 利用している (平成 年 月ごろから) → サービス内容 (金銭管理 ・ 財産保全)		

本人の能力 ※家裁申立書類 より抜粋	※あてはまるものに○、あてはまらないものに×、その時々で違う場合は△をつけてください。					
	()	氏名を答えられる	()	年齢を正確に答えられる		
	()	今日の日付を答えられる	()	今何時か(時計)がわかる		
	()	今どこに居るかがわかる	()	直近の食事内容を答えられる		
	()	家族と他人との区別がつく	()	排泄が自力でできる		
	()	入浴が自力でできる	()	一人で買い物ができる		
	()	火の後始末ができる	()	食事の用意ができる		
	()	簡単な足し算・引き算ができる	()	部屋の後片づけができる		
家族情報	氏名	続柄	年齢	交流状況	申立の意向	家族構成図
				あり・なし	あり・なし	
				あり・なし	あり・なし	
				あり・なし	あり・なし	
				あり・なし	あり・なし	
				あり・なし	あり・なし	
				あり・なし	あり・なし	
	緊急連絡先 (氏名		続柄)	
	(TEL		携帯)	
(住所)				
本人と家族 の人間関係						
キーパーソン 氏名・年齢・続柄	問題解決の協力者 (氏名: 年齢: 続柄:)					
	申立人(4親等内親族) あり・なし (氏名: 年齢: 続柄:)					
	望ましい成年後見人候補者 (氏名: 年齢: 続柄:) A 親族 B 市民後見人 C 弁護士 D 司法書士 E 社会福祉士 F その他()					
後見の種類 及び内容等	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助 (必要と見込まれるものにレ点)					
	<input type="checkbox"/> 財産管理 <input type="checkbox"/> 預貯金の払出し、解約 <input type="checkbox"/> 保険金の受領 <input type="checkbox"/> 遺産分割 <input type="checkbox"/> 施設入所、病院入院の契約締結		<input type="checkbox"/> 裁判所の手続き <input type="checkbox"/> 訪問販売等の契約の取消し <input type="checkbox"/> 不動産処分 <input type="checkbox"/> その他 ()			
特記事項						

ケース会議等 (年 月 日開催)	
(参加メンバー)	
(検討内容)	
(処遇方向)	
成年後見の 必要性の有無	1 あり 2 なし
今後の対応	1 市長申立てを依頼 3 他制度・サービスの利用 2 親族申立てを勧奨 4 その他 ()