

記載例

きよせ権利擁護センター あいねっと宛て (FAX:042-495-5335)

誤送信にご注意ください

権利擁護センター 相談シート

(成年後見制度・地域福祉権利擁護事業 共通)

記入年月日	令和 5年11月 1日 (水)	所属先	〇〇居宅介護支援事業所
相談者	清瀬 花子	連絡先	042-〇〇〇-〇〇〇〇
本人同意確認	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その理由⇒ <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 確認が困難 <input type="checkbox"/> 確認していない		
反対者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄:) <input type="checkbox"/> 不明		

想定される支援		<input checked="" type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護事業 <input type="checkbox"/> 成年後見制度 ⇒ <input type="checkbox"/> 法定後見 <input type="checkbox"/> 任意後見 <input type="checkbox"/> その他 () ※現時点での考えで構いません		
本人の基本項目	氏名 (イニシャルで記載ください)	K ・ T <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他	年齢	M・T・S・H 18年生まれ (80 歳)
	住所 (住民票上)	清瀬市 (↓該当のエリアに○) <input type="checkbox"/> 上清戸 <input type="checkbox"/> 元町 <input type="checkbox"/> 中清戸 <input checked="" type="checkbox"/> 下清戸 <input type="checkbox"/> 下宿 <input type="checkbox"/> 旭が丘 <input type="checkbox"/> 中里 <input type="checkbox"/> 野塩 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 竹丘 <input type="checkbox"/> 梅園		
	居住地	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (持ち家・賃貸) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)		
	障害とその程度	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者【介護保険】 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 認定済み ⇒ 要支援(2)要介護() <input type="checkbox"/> 知的障害 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒等級 度 診断名: () <input type="checkbox"/> 精神障害 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒等級 級 診断名: () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒種 級 診断名: () <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)		
	財産状況	定期収入 月額 18万円 ①年金 18万円 ②生活保護 円 ③給与 円 ④その他 () 円	定期支出 月額 13万円 ①家賃 6万円 ②福祉サービス利用料 1万円 ③生活費 4万円 ④その他 配食 2万円	資産 預貯金 400万円 有価証券 円 負債 - 0円 不動産 あり・なし
家族状況	続柄	居所	交流	家族関係図 (ジェノグラム)
	長男	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 (神奈川県)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<p>R4 逝去 賃貸アパート 独居 80歳</p> <p>神奈川県 北海道</p>
	長女	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 (北海道)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
支援が必要な状況・経緯について (複数可)	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活費の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物や書類の確認 <input type="checkbox"/> 不動産の管理・処分 <input type="checkbox"/> 相続手続き <input type="checkbox"/> 保険請求手続き <input type="checkbox"/> 虐待、養護者対応 <input type="checkbox"/> 親族関係の調整 <input type="checkbox"/> 消費者被害の対応 <input type="checkbox"/> キーパーソンが必要 <input type="checkbox"/> 介護や福祉サービス契約 <input type="checkbox"/> 福祉施設の入所契約 <input type="checkbox"/> 親亡きあと問題 <input type="checkbox"/> 医療契約、入院契約 <input type="checkbox"/> 資産が高額もしくは複雑である <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)			

健康状態	病 気 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → (糖尿病) 既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → () かかりつけ医 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → (▲▲内科) ----- -----
ADL・IADL	(心身の状況) 糖尿病があり、駅前の▲▲内科に定期通院している。 ----- (日常生活の状況) 昨年4月に妻と死別。半年ほど前から、定期通院を忘れる、家賃の振り込みを忘れてしまうなどのもの忘れ症状あり。認知症診断は未了。神奈川県にいる長男が心配して月1回程度見守り訪問に来ている。長女は結婚して北海道在住。 ----- 【認知症テスト】 <input type="checkbox"/> 長谷川式 <input type="checkbox"/> MMSE _____点(診断日: 年 月 日) 【障害高齢者の日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 【認知症高齢者の日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 【障害支援区分】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6
福祉・介護サービス 利用状況 ※ケアプラン等 別紙添付でも可	<input type="checkbox"/> 現時点では、福祉サービス利用には至っていない 【福祉サービスを利用している方は、サービス種別を教えてください】 <input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回 ⇒内容 () <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 2回 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回 <input type="checkbox"/> 作業所 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回 <input type="checkbox"/> 就労支援事業所 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回 <input type="checkbox"/> その他 ()
そのほか 心配していることや 気がかりなこと	【今後の支援方針】 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅継続 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他 ----- これまで家賃振込を忘れたことがなかったので、このところ自信をなくしている ように見受けます。自宅に届く郵便物も未開封のまま置いてあることが多い。 ----- ご本人に、書類手続きや銀行のお手伝いをしてくれるサービスがあることを伝え たところ興味を示しています。 ----- -----