

長野市権利擁護センター 相談受付票 基本情報
【長野市成年後見支援センター・日常生活自立支援事業 共通様式】

※相談受付票は3ページありますのでご記入をお願いします。

受付日	令和 年 月 日	受付者	
相談形態	☐ 電話 ☐ 来所 ☐ 訪問 ☐ その他（ ）		
対象者区分	☐ 認知症高齢者 ☐ 知的障害者 ☐ 精神障害者 ☐ その他（ ）		
フリガナ 対象者氏名		男 女	住 所 〒
電話番号		生年月日	大 年 月 日（満 歳） 昭 平
相談者区分	☐ 本人 ☐ 親 ☐ 子 ☐ 配偶者 ☐ 兄弟・姉妹 ☐ 親類 ☐ 隣人・知人 ☐ 民生委員 ☐ 介護支援専門員 ☐ 相談支援専門員 ☐ 福祉施設 ☐ 行政(福祉事務所等) ☐ 地域包括支援センター ☐ 医療機関 ☐ 市町村社会福祉協議会 ☐ その他（ ）		
相談者	氏名又は名称	連絡先（電話番号）	対象者との関係
相談区分	☐ 制度全般 ☐ 申立手続き ☐ 財産管理 ☐ 日常的な金銭管理 ☐ 遺言・相続 ☐ 権利侵害 ☐ その他（ ）		
相談内容	・対象者はどんな方（障害、就労、居住、経済状態） ・現在どのような支援を受け生活しているか（生活状況） ・対象者に本制度の必要性を感じた理由 など		
	記入欄		
生活歴等	※出身・職歴等		
本人の意思	☐ 利用意思がある ☐ 必要性は認めているが利用の意思は不安定 ☐ 必要性は認めているが利用の意思は低い ☐ 利用について拒否傾向		
本人の 思い・希望			
判断能力	☐ 十分ある ☐ 説明すれば理解はできる ☐ 説明しても理解が難しい時がある ☐ 説明しても理解ができない		

生活狀況等

[illegible]

福祉・医療等

障害等 関係	認知症診断	☐ あり（ ）HDS-R 点 ☐ なし		
	知的障害療育手帳	☐ あり A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ☐ なし		
	精神保健福祉手帳	☐ あり 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ☐ なし		
	身体障害者手帳	☐ あり 視覚 ・ 聴覚 ・ 肢体 ・ その他（ ） ☐ なし		
	その他 診断	☐ あり（ ） ☐ なし		
	障害支援区分認定	☐ あり 非該当・区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ☐ なし		
	相談事業所名：		TEL：	
	担当者名：		FAX：	
介護保険 関係	☐ 対象外 ☐ 未申請 ☐ 結果待ち ☐ 自立 ☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5			
	担当事業所：		TEL：	
	担当者名：		FAX：	
福祉サ ービス 等利用 状況	サービス名	頻度	事業所	内容
健康状態 ・ 身体状況	医療機関：		往診 ☐ あり（ 回／ ） ☐ なし	
	主 治 医：		通院 ☐ あり（ 回／月 ） ☐ なし	
	※既往症歴・現疾患等			
その他				