

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 | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 対象者区分 | <input type="checkbox"/> 認知症高齢者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 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 昭 平 | 年 月 日（満 歳） |
| 相談者区分 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> 隣人・知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 行政（福祉事務所等） <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 市町村社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 制度全般 <input type="checkbox"/> 申立手続き <input type="checkbox"/> 財産管理 <input type="checkbox"/> 日常的な金銭管理 <input type="checkbox"/> 遺言・相続 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 利用意思がある <input type="checkbox"/> 必要性は認めているが利用の意思は不安定 <input type="checkbox"/> 必要性は認めているが利用の意思は低い <input type="checkbox"/> 利用について拒否傾向 | | |
| 本人の 思い・希望 | | | |
| 判断能力 | <input type="checkbox"/> 十分ある <input type="checkbox"/> 説明すれば理解はできる <input type="checkbox"/> 説明しても理解が難しい時がある <input type="checkbox"/> 説明しても理解ができない | | |

生活状況等

| | | | | |
|-------------|--|----------------|---|---|
| 世帯状況 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 障害者のみ <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 住居状況 | <input type="checkbox"/> 本人持家 <input type="checkbox"/> 家族持家 <input type="checkbox"/> 本人借家 <input type="checkbox"/> 家族借家 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 家族状況及び関係者状況 | 同居 | 氏名 | 年齢 | 続柄 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 叔父母 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> その他() |
| | | | | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 叔父母 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> その他() |
| | | | | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 叔父母 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> その他() |
| | | | | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 叔父母 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> その他() |
| | | 家族関係図 (ジェノグラム) | | 主な関係者 ・親族 () ・民生委員 () ・隣人、知人 () ・行政 () ・その他 |
| 連絡先 | 氏名： | | 続柄： | TEL： |
| | 住所：〒 | | | |
| | 氏名： | | 続柄： | TEL： |
| | 住所：〒 | | | |
| | 氏名： | | 続柄： | TEL： |
| | 住所：〒 | | | |
| 生活保護 | <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 対象外 | CW： | | TEL： |
| 虐待 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 身体的 () <input type="checkbox"/> ネグレクト () <input type="checkbox"/> 経済的 () <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 詐欺被害 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・手口等 () ・被害総額 (約 円) | | | |
| 資産状況 | 内容 | 金額 | その他 | |
| | 年金 () | 約 円/月 | <不動産> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | |
| | 年金 () | 約 円/月 | | |
| | 給与 () | 約 円/月 | <借金> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | |
| | その他 () | 約 円/月 | | |
| | () | 約 円/月 | | |
| 合計 | 約 円 | <その他資産> | | |
| 預貯金等 | 約 円 | | | |

福祉・医療等

| | | | | |
|-------------------------|--|---|--|-----------------------------|
| 障害等 関係 | 認知症診断 | <input type="checkbox"/> あり () HDS-R 点 | | <input type="checkbox"/> なし |
| | 知的障害療育手帳 | <input type="checkbox"/> あり A1・A2・B1・B2 | | <input type="checkbox"/> なし |
| | 精神保健福祉手帳 | <input type="checkbox"/> あり 1級・2級・3級 | | <input type="checkbox"/> なし |
| | 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> あり 視覚・聴覚・肢体・その他 () | | <input type="checkbox"/> なし |
| | その他 診断 | <input type="checkbox"/> あり () | | <input type="checkbox"/> なし |
| | 障害支援区分認定 | <input type="checkbox"/> あり 非該当・区分1・2・3・4・5・6 | | <input type="checkbox"/> なし |
| | 相談事業所名： | | TEL： | |
| 担当者名： | | FAX： | | |
| 介護保険 関係 | <input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり (回/) <input type="checkbox"/> なし | |
| | 主治医： | | 通院 <input type="checkbox"/> あり (回/月) <input type="checkbox"/> なし | |
| | ※既往症歴・現疾患等 | | | |
| その他 | | | | |