長野市成年後見支援センター 相談受付票　基本情報

※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。

<table>
<tr><td>受付日</td><td colspan="3">平成　　年　　月　　日</td><td>受付者</td><td></td></tr>
<tr><td>相談形態</td><td colspan="5">□電話　□来所　□訪問　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>対象者区分</td><td colspan="5">□認知症高齢者　□知的障害者　□精神障害者　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>フリガナ
対象者氏名</td><td></td><td>男
女</td><td>住　所</td><td colspan="2">〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">大
昭
平　　年　　月　　日（満　　歳）</td></tr>
<tr><td>相談者区分</td><td colspan="5">□本人　□親　□子　□配偶者　□兄弟・姉妹　□親類　□隣人・知人
□ヘルパー　□民生委員　□介護支援専門員　□在宅介護支援センター
□福祉施設　□行政（福祉事務所等）　□医療機関　□市町村社会福祉協議会
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">相談者</td><td colspan="2">氏名又は名称</td><td colspan="2">連絡先（電話番号）</td><td>対象者との関係</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>相談区分</td><td colspan="5">□制度全般　□申立手続き　□財産管理　□遺言・相続　□権利侵害
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">相談内容</td><td colspan="5">・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</td></tr>
<tr><td colspan="5">記入欄</td></tr>
<tr><td>生活歴等</td><td colspan="5">※出身・職歴等</td></tr>
<tr><td>本人の意思</td><td colspan="5">□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</td></tr>
<tr><td>判断能力</td><td colspan="5">□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</td></tr>
</table>

生活状況等

世帯状況	□独居　□日中独居　□高齢者のみ　□障害者のみ　□その他（　　）
住居状況	□本人持家　□家族持家　□本人借家　□家族借家　□その他（　　）
	□一戸建て　□公営住宅　□アパート　□その他（　　）

家族状況及び関係者状況

同居	氏　名	年齢	続　　柄
			□配偶者 □子 □父母 □兄弟姉妹 □叔父母 □甥姪 □いとこ □その他(　)
			□配偶者 □子 □父母 □兄弟姉妹 □叔父母 □甥姪 □いとこ □その他(　)
			□配偶者 □子 □父母 □兄弟姉妹 □叔父母 □甥姪 □いとこ □その他(　)
			□配偶者 □子 □父母 □兄弟姉妹 □叔父母 □甥姪 □いとこ □その他(　)
			□配偶者 □子 □父母 □兄弟姉妹 □叔父母 □甥姪 □いとこ □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	□受給中 □対象外	CW：	TEL：
虐待	□なし　□あり	□身体的（　　） □経済的（　　）	□ネグレクト（　　） □その他（　　）
詐欺被害	□なし　□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＞ □なし □あり（　　）
	年金（　　）	約　　円/月	
	給与（　　）	約　　円/月	
	その他（　　）	約　　円/月	＜借金＞ □なし □あり（　　）
	（　　）	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	□あり（　　）HDS-R　　点　□なし	
	知的障害療育手帳	□あり　Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２　□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		