

●チェックシート(成年後見制度の利用促進検討票)様式

チェックシート(成年後見制度の利用促進検討票) ※太枠のみ記入してください

受付年月日	令和 年 月 日	部署名	作成者
相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> その他( )	相談経路	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問
相談者氏名	連絡先	( )	
ふりがな 本人氏名	性別	生年月日	/ / ( 歳・代)
住所	電話番号	( )	
居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設入所	緊急連絡先	氏名 続柄 連絡先 ( )
情報源	<input type="checkbox"/> 本人から聞き取り <input type="checkbox"/> 本人持参物より <input type="checkbox"/> 自課のデータ	情報開示	<input type="checkbox"/> 了承あり <input type="checkbox"/> 了承なし

判断能力の低下 ■有 ■無 ■疑い・不明	現在の生活環境リスク■有 ■無 ■疑い・不明
----------------------	------------------------

<p>A <input type="checkbox"/> 同じことを繰り返し尋ねる</p> <p><input type="checkbox"/> 独り言が多い</p> <p><input type="checkbox"/> 身だしなみに無頓着</p> <p><input type="checkbox"/> お風呂に入れていない様子、異臭がする</p> <p><input type="checkbox"/> 痩せており栄養が摂れていない様子</p> <p><input type="checkbox"/> 同居家族の名前が分からない</p> <p><input type="checkbox"/> 話がかみあわない</p> <p><input type="checkbox"/> 説明を受けても、行先に迷う</p> <p><input type="checkbox"/> 反応が遅い</p> <p><input type="checkbox"/> 無表情、無感動の傾向</p> <p><input type="checkbox"/> 相手の意見を聞かない</p> <p><input type="checkbox"/> 顔や手足にアザや傷がある</p> <p><input type="checkbox"/> ( )</p>	<p>B <input type="checkbox"/> 入退院を繰り返す</p> <p><input type="checkbox"/> 金銭管理ができていない</p> <p><input type="checkbox"/> 簡単な計算に手間取る</p> <p><input type="checkbox"/> 税金や国保の滞納がある</p> <p><input type="checkbox"/> 同じ手続きを何度もしている</p> <p><input type="checkbox"/> 消費者被害(未遂含む)有</p> <p><input type="checkbox"/> 警察に保護をされたことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 貴重品をよくなくす</p> <p><input type="checkbox"/> 誰かに何かを盗られたと話す</p> <p><input type="checkbox"/> 病院に通えていない</p> <p><input type="checkbox"/> 近隣ともめている(ゴミ、悪臭、騒音等)</p> <p><input type="checkbox"/> 働いているのに生活に困っている</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険・福祉サービスを使っている</p> <p><input type="checkbox"/> ( )</p>
---	---

本人・家族状況 ■有 ■無 ■疑い・不明	将来の生活環境リスク■有 ■無 ■疑い・不明
----------------------	------------------------

<p>C <input type="checkbox"/> ひとり暮らし</p> <p><input type="checkbox"/> 高齢・障がい者のみ世帯</p> <p><input type="checkbox"/> 親族の支援困難</p> <p><input type="checkbox"/> 支援者なし</p> <p><input type="checkbox"/> ( )</p>	<p>D <input type="checkbox"/> 居宅生活の継続困難</p> <p><input type="checkbox"/> 同居家族の高齢化</p> <p><input type="checkbox"/> 将来的に一人暮らしをする予定、家を出たい</p> <p><input type="checkbox"/> 処分しないといけない土地、不動産がある</p> <p><input type="checkbox"/> ( )</p>
--	---

検討事項: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →	<input type="checkbox"/> 対応の終了
<input type="checkbox"/> 追加調査の実施(期限、調査項目)	<input type="checkbox"/> 本人・親族への制度説明
<input type="checkbox"/> 成年後見制度利用の必要性の検討 (□有・□無 □申立者の検討(□本人・□親族・□市長))	
<input type="checkbox"/> 成年後見制度利用の必要なし(理由: )	
<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターへつなぐ	<input type="checkbox"/> 障がい者基幹相談支援センターへつなぐ

制度へつなぐ必要性: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業
<input type="checkbox"/> 生活困窮者自立支援制度

受付欄	決裁欄

後見担当	決裁欄