

## 成年後見用フェイスシート

相談者			本人との続柄		
			TEL		
本人基本項目	フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R	
	氏名	(男・女)		年 月 日 ( )歳	
	住所 (住民票上)	電話(自宅等) (携帯等)			
	居住地 (現住所地)	電話(自宅等) (携帯等)			
	障害とその程度等	1高齢者	[A. 未申請 B. 申請中 C. 認定済[ a. 要支援( ) b. 要介護( ) ]] (保険者: 市・町・村・広域連合)		
		2知的障害者	[療育手帳 A. あり( )級 B. なし] (援護地: 市・町・村)		
		3精神障害者	[精神保健福祉手帳 A. あり( )級 B. なし] (援護地: 市・町・村) (自立支援医療の利用 A. あり B. なし)		
		4身体障害者	[身体障害者手帳 A. あり( )級 B. なし] (援護地: 市・町・村) 障害名( )		
		5生活保護	[A. 受給中 B. 申請中 C. なし] (保護主体: 福祉事務所)		
	収支・財産 状況の概要	収入総額	月( )円	支出総額	月( )円
1年金		円	1家賃	円	
2生活保護		円	2福祉サービス利用料	円	
3賃金		円	3生活費(食費等)	円	
4その他( )		円	4その他( )	円	
成年後見制度が 必要な状況・経緯	1財産管理 2身上監護 3虐待及び権利侵害 4その他 (具体的な事情)				
	成年後見の利用に関する本人の意向				
本人健康情報	健康状態	現在の病気(あり・なし) ありの場合、病名および状況( )			
		既往歴(あり・なし) ありの場合、病名( )			
		かかりつけ医(あり・なし) ありの場合、病院名( )			
	かかりつけ医への成年後見申立の診断書作成依頼(可・不可・要調整)				
ADL	(心身の状況)				
	(日常生活の状況)				
福祉・介護サービス 利用状況					

