

取扱注意

成年後見相談シート

※限られた時間内でより充実した相談を実施するため事前にご記入をお願いしています。
差し支えのある項目がございましたら、空白のままでも構いません。

相談実施日 年 月 日

1 成年後見制度を利用している、または、利用したい方（ご本人）

- (1) 年齢 (歳) (2) 性別 ()
- (3) ご本人とあなたの関係
- 本人、 配偶者、 子ども、 兄弟姉妹、 甥姪、 父母、 成年後見人、
 成年後見監督人、 保佐人、 保佐監督人、 補助人、 補助監督人、 未成年後見人、
 未成年後見監督人、 任意後見受任者、 任意後見人、 任意後見監督人
 その他 ()

2 ご本人の状況

- (1) 会話能力： 会話が成立する
 話はあるが、意思の疎通が難しいことがある
 発語ができない
- (2) 生活状況：①居所 自宅または親族宅で生活している
 施設で生活している
②介護 介護サービスを受けている
(要支援状態：要介護状態区分1・2・3・4・5)
 親族が介護している
 介護は受けていない
③その他 ()
- (3) 健康状態 ()
…医師の診断がある場合にはその内容等 ()
- (4) これまで家庭裁判所の手続きを利用したことがありますか
・時期 () ・手続きの種類 ()

3 財産状況

- (1) ご本人が保有している財産
 土地、 建物、 預貯金 (約 万円)、 生命保険、 株式、 社債、
 その他 ()
 負債 (あり (約 万円) ・なし)
- (2) ご本人の財産を現在管理している方 ()

4 相談したいこと