第２号様式（第４条関係）

成年後見制度利用支援事業対象者調査票

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | （ふりがな）氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 居所 | □自宅□病院等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 郵便番号住所電話 |  |
|  |
|  |
| 親族 | 続柄 | 氏名 | 住所 |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 経歴・病歴 | 年月日 | 学歴、職歴、婚姻歴、住所歴、通院・入院歴等 |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 本人の状況 | 障害・介護認定の状況 | 療育手帳□なし　□あり（Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２）精神障害者保健福祉手帳□なし　□あり（１級・２級・３級）介護認定□なし　□あり（要支援１・２、要介護１・２・３・４・５） |
| 判断能力 | □一人で日常生活をするのに問題はないが，重要な財産行為については，だれかが代わりにやる方がよい。□一人で日常の買い物などはできるが，重要な財産行為は自分ではできない。□一人で日常の買い物などをすることができない。 |
| 心身の状況 | □寝たきり　□経管栄養　□常時おむつ使用□呼びかけに反応しない　□全く声が出ない□声は出るが会話にならない□声は出ないが筆談や文字盤で意思疎通ができる□自分の氏名、年齢、生年月日が言えない□場所、月日がわからない　□家族の識別ができない |