平成年　　月　　日 初版作成

社会福祉士個人事務所ウェル

〒285-0854

佐倉市上座７０７－９１

☎０９０－１２６０－９９１４

|  |  |
| --- | --- |
| 事件番号 | 平成 年(家)第 号 |
| ぱあとなあケース№ | - |

平成 年 月 日 作成

後見人等氏名:

(被後見人)　様

基本事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（フリガナ） | 性別 | 生年月日 |
| （　　　　　　　　　　　） | 男  ・  女 | 大正・昭和 年 月 日  （西暦 年） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事件番号 | 平成 |  | 年 | (家) |  | 号 | ( 千葉 家庭裁判所 支部) |
| 登記番号 | 第　　　　 –　　　　 号 | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所（ｱﾊﾟｰﾄ･ﾏﾝｼｮﾝ名、施設名称） | | 電　　話 | | |
| 現在の居所 | (〒　　　－　　　　) | 電話： ( ) -  携帯： ( ) - | | |
| 事務所か  らの距離 |  | ㎞ |
| 自　　宅  （別途ある時） | (〒　　　－　　　　) | 電話： ( ) - | | |
| 事務所か  らの距離 |  | ㎞ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険証等 | 保険者番号 | 被保険者番号 | 有効期限 | 摘要・保管場所 |
| 介護保険 |  |  |  | 要介護 |
| (介)負担限度額認定 |  |  |  |  |
| 国民健康保険 |  |  |  |  |
| 後期高齢者医療保険 |  |  |  |  |
| 標準負担額減額認定 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 各種手帳 | 発行者 | 手帳番号 | 障害程度 | 保管場所 |
| 障害者手帳 |  |  | 級 |  |
| 精神障害者手帳 |  |  | 級 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 家族・親族  関係の状況 |  |

ご本人の生活信条（今までの生活状況から）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生活の場所 | □ できるだけ自宅で暮らしたい  □ 自分に合った施設で暮らしたい  □ その他( ) | | | | | |
| 〔その他メモ〕 | | | | | |
| 自宅住居の取扱 | 長期入院時 | |  | | | |
| 施設入居時 | |  | | | |
| 入院関係 | 入院の可否 | | □ 医者の判断で入院が必要な場合は入院を希望する  □ 出来るだけ入院はしないで自宅で療養したい | | | |
| 部屋の希望 | | □ 大部屋(複数人同室)でも構わない  □ 出来るだけ個室に入りたい | | | |
| 輸血の可否 | | □ 必要ならば輸血してもよい  □ 輸血は絶対にしない | | | |
| 医療同意 | 医療同意をしてもらいたい人 | |  | 範囲 |  | |
|  | 範囲 |  | |
| 終末医療についての考え | 延命治療 | | □ 延命治療は出来るだけして欲しい  □ 延命治療は不要だが、緩和治療はして欲しい  □ 一切不要、自然な終末を望む | | | |
| 臓器提供 | | 臓器提供意思表示カード | | | □ 記入済 □なし |
| □ しない  □ 心臓の停止後に可能な臓器を提供してもよい  □ 脳死状態で、臓器を提供してもよい | | | |
| ご本人の葬儀についての考え方 |  | | | | | |
| 財産の処分方法 | 遺言書 | □ あり (保管場所: )  □ なし | | | | |
|  | | | | | |
| その他特記事項 |  | | | | | |

関係者・連絡先一覧

【家族・親族】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 同居 | 住所 | 電話 | 備考 |
|  |  |  | 〒 - | 携帯( ) -  電話( ) - |  |
|  |  |  | 〒 - | 携帯( ) -  電話( ) - |  |
|  |  |  | 〒 - | 携帯( ) -  電話( ) - |  |
|  |  |  | 〒 - | 携帯( ) -  電話( ) - |  |
|  |  |  | 〒 - | 携帯( ) -  電話( ) - |  |
|  |  |  | 〒 - | 携帯( ) -  電話( ) - |  |
|  |  |  | 〒 - | 携帯( ) -  電話( ) - |  |

【福祉施設】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名称 | 利用内容 | 利用頻度 | 所在地 | 連絡先 | |
|  |  |  | 〒 - | ☎ | ( ) - |
| 担  当 |  |
|  |  |  | 〒 - | ☎ | ( ) - |
| 担  当 |  |
|  |  |  | 〒 - | ☎ | ( ) - |
| 担  当 |  |
|  |  |  | 〒 - | ☎ | ( ) - |
| 担  当 |  |

【医療機関】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 所在地 | 治療内容 | 頻度 | 連絡先 | |
|  |  |  |  | 電  話 | ( ) - |
| 担  当 |  |
|  |  |  |  | 電  話 | ( ) - |
| 担  当 |  |
|  |  |  |  | 電  話 | ( ) - |
| 担  当 |  |
|  |  |  |  | 電  話 | ( ) - |
| 担  当 |  |
|  |  |  |  | 電  話 | ( ) - |
| 担  当 |  |

【その他の関係者(役所・包括支援センター・等】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名等 | 所属 | 所在 | 関係内容 | 連絡先 |
|  |  |  |  | ( ) - |
|  |  |  |  | ( ) - |
|  |  |  |  | ( ) - |
|  |  |  |  | ( ) - |
|  |  |  |  | ( ) - |
|  |  |  |  | ( ) - |

健康に関する事柄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本事項 | 身 長 | ㎝ | 体 重 | ㎏ | 血 液 型 |  |
| 平　熱 | 度 | 血　圧 |  | | |
| アレルギー |  | 禁忌薬 |  | | |
| インフルエンザ予防接種 | | □ 毎年接種している  □ 接種しない  □ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 現在の健康状態 | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 服 薬 | くすり手帳の保管場所 |  | | |
| 薬名称 | 対応病名・目的 | 処方医療機関 | 服薬・使用方法 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 既往症等 |  | | | |

ご本人の人となりに関すること

|  |  |
| --- | --- |
| 性格的特徴 |  |
| コミュニケーションの特徴 |  |
| 好きなこと  好きなもの |  |
| 嫌いなこと  苦手なこと |  |
| 趣味・特技 |  |
| 他特記事項 |  |

ご本人の今までの主な経歴

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付(西暦) | 年齢 | 居住地 | 出来事 | 関連事項 |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |
| . . ( ) |  |  |  |  |

財産関連の情報

【年金関係】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年金の種類 | 基礎年金番号 | 年金コード | 振込口座 | 証書等の保管場所 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

【預貯金関係】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 種類 | 口座名義 | 口座番号 | 届出住所 |
| 摘要(保管場所等) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |

〔郵貯銀行〕

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 口座名義 | 記号-番号 | 振込情報 | | | | 届出住所 |
| 店名 | 店番 | 預金種目 | 口座番号 | 摘要(保管場所等) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

後見方針

(方針に変更があった場合には、上部に行を挿入して記載すること)

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日付 | 後見方針 |
|  |  |