

被後見人情報管理票

K

(就任時 追加時 変更時)

一般社団法人 多摩南部成年後見センター 御中

記入日: 年 月 日

1. 基本事項(本人:)

住所 〒

生年月日 年 月 日
本籍
事件番号 年 (家) 第 号
後見人確定日 年 月 日
登記年月日 年 月 日
登記番号 第 - 号

筆頭者:

施設・病院の建物住所・名称

住所 〒

名称 担当者

TEL ()

FAX ()

入所日・入院日 年 月 日 (理由等:)

退所日・退院日 年 月 日 (施設・病院名:)

2. 後見人

住所 〒

氏名

TEL ()

携帯

FAX ()

3. 緊急連絡先(親族等)

(1) 住所 〒

氏名 続柄

TEL () FAX ()

携帯 E-mail

医療同意: 可・不可 / 葬送執行: 可・不可 / 遺骨引取り: 可・不可 / 相続財産引継ぎ: 可・不可

(2) 住所 〒

氏名 続柄

TEL () FAX ()

携帯 E-mail

医療同意: 可・不可 / 葬送執行: 可・不可 / 遺骨引取り: 可・不可 / 相続財産引継ぎ: 可・不可

4. 延命処置等医療行為について

(1) 本人の意向 聴取可・聴取不可

↓

．． 聞き取り【立会人： _____】

- 人工呼吸器装着、心臓マッサージ等延命治療は希望しない
- 経口摂取できなくなっても胃ろうの装着は希望しない
- その他(_____)

．． 聞き取り【立会人： _____】

- 人工呼吸器装着、心臓マッサージ等延命治療は希望しない
- 経口摂取できなくなっても胃ろうの装着は希望しない
- その他(_____)

(2) 親族等の意向(本人の意向が聴取できない場合)

親族等： _____ (続柄 _____)

- 人工呼吸器装着、心臓マッサージ等延命治療は希望しない
- 経口摂取できなくなっても胃ろうの装着は希望しない
- その他(_____)

(3) 遺言 有 (公正証書 ・ 自筆) ・ 無 ・ 不明

(4) 献体登録 有 ・ 無 ・ 不明

5. 葬儀等

死亡届出人 病院長 ・ 施設長 ・ 親族等(_____ 続柄 _____)

施主・遺骨引取り _____ 続柄 _____

葬儀社 _____

葬儀費用 葬祭扶助 ・ 預貯金(約 _____ 万円)

宗教 _____

参列者 _____ 才 続柄 _____ 連絡先 _____

_____ 才 続柄 _____ 連絡先 _____

_____ 才 続柄 _____ 連絡先 _____

菩提寺 _____ 納骨先 _____

6. 相続財産引渡し

相続人 可・否・不明 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____

_____ 可・否・不明 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____

_____ 可・否・不明 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____

_____ 可・否・不明 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____

7. 特記事項

就任時、変更時のどちらかに☑

初めて提出する場合は「就任時」にチェック

担当ケース

被後見人情報管理票

KOO

(就任時 追加時 変更時)

一般社団法人 多摩南部成年後見センター 御中

記入日: _____ 年 月 日

1. 基本事項(本人: 調布 次郎)

住所 〒182-8511
東京都調布市小島町2丁目35番地1 特別養護老人ホームちようふ

生年月日 昭和25年 1月 1日
本籍 東京都調布市小島町2丁目35番地1 筆頭者: 調布 太郎

事件番号 平成 31年 (家) 第 70001 号
後見人確定日 平成 31年 4月 1日
登記年月日 平成 31年 4月 3日
登記番号 第 2019 - 12345 号

施設・病院の建物住所・名称

住所 〒182-0026
東京都調布市小島町3丁目69番地2

名称	多摩南部病院	担当者	▲▲Dr.、●●相談員
TEL	042 (498)		5802
FAX	042 (498)		5803

入所日・入院E 令和元年 5月 1日 (理由等: 誤嚥性肺炎)
 退所日・退院E _____ 年 _____ 月 _____ 日 (施設・病院名: _____)

2. 後見人

住所 〒182-0026
東京都調布市小島町3-69-2-201

氏名 後見 太郎

TEL XXX (XXX) XXXX

携帯 090-XXXX-XXXX E-mail aaa@kouken-center.or.jp

FAX XXX (XXX) XXXX

3. 緊急連絡先(親族等)

(1) 住所 〒XXX-XXXX 北海道○○○○○○○○○○○○○○○

氏名 調布 三郎 続柄 弟

TEL 0123(XXXX)XXXX FAX ()

携帯 080-XXXX-XXXX E-mail

医療同意: 可・不可 / 葬送執行: 可・不可 / 遺骨引取り: 可・不可 / 相続財産引継ぎ: 可・不可

(2) 住所 〒XXX-XXXX 神奈川県○○○○○○○○○○○○○○○

氏名 調布 花子 続柄 妹

TEL 045 (XXXX) XXXX FAX ()

携帯 E-mail

医療同意: 可・不可 / 葬送執行: 可・不可 / 遺骨引取り: 可・不可 / 相続財産引継ぎ: 可・不可

変更があった項目のみ☑

4. 延命処置等医療行為について

本人の意向が聴取できる場合は、期間をあけて何度か意向を聴取する。

(1) 本人の意向 聴取可・聴取不可

R1. 5 . 11 聞き取り【立会人: □□病院 ▲▲Dr. 】

- 人工呼吸器装着、心臓マッサージ等延命治療は希望しない
- 経口摂取できなくなっても胃ろうの装着は希望しない
- その他(施設の看取りを希望する)

R1. 10 . 1 聞き取り【立会人: □□特別養護老人ホーム●●相談員 】

- 人工呼吸器装着、心臓マッサージ等延命治療は希望しない
- 経口摂取できなくなっても胃ろうの装着は希望しない
- その他()

(2) 親族等の意向(本人の意向が聴取できない場合)
親族等: _____ (続柄 _____)

本人と交流のあった親族、相続人等

- 人工呼吸器装着、心臓マッサージ等延命治療は希望しない
- 経口摂取できなくなっても胃ろうの装着は希望しない
- その他()

(3) 遺言 有 (公正証書 ・ 自筆) ・ 無 ・ 不明

(4) 献体登録 有 ・ 無 ・ 不明

5. 葬儀等

死亡届出人 病院長 ・ 施設長 ・ 親族等(調布 三郎 続柄 弟)

施主 未定 遺骨引取り 調布 三郎

葬儀社 未定

葬儀費用 葬祭扶助 ・ 預貯金(約 20 万円)

宗教 不明

参列者 調布 花子 才 続柄 妹 連絡先 045-XXX-XXXX

才 続柄 連絡先

才 続柄 連絡先

菩提寺 不明 納骨先 未定

6. 相続財産引渡し

相続人 可・否・不明 調布 三郎 続柄 弟 連絡先 0123-XX-XXXX

可・否・不明 調布 花子 続柄 妹 連絡先 045-XXX-XXXX

可・否 不明 調布 小次郎 続柄 甥 連絡先 03-XXXX-XXXX

可・否・不明 続柄 連絡先

7. 特記事項

・●●年●月●日 遺産分割協議成立

・相続人である甥には、就任時に挨拶状を出したがリアクションなし

後見事務の経過や気になっていることなどを記入

変更があった項目のみ