

法律相談問診票（成年後見等申立て・任意後見）

1. ご相談者様について

お名前：	(ご本人との続柄：_____)		
生年月日：	年	月	日 (歳)
ご住所：	〒		
E-mail			
電話：	携帯：	FAX：	
弁護士名、法律事務所名による自宅へのご連絡（電話・郵便等）		【 可 / 不可 】	

2. 成年後見・任意後見にかかるご本人について

お名前：			
生年月日：	年	月	日 (歳)
ご住所：	〒		
本籍：			
電話：			
現状の判断能力について	【 <input type="checkbox"/> 特段問題なし <input type="checkbox"/> 軽度の認知症状がある <input type="checkbox"/> 重度の認知症状がある 】		

3. ご本人の配偶者、子、父母、兄弟姉妹の親族（ご相談者様を除く）について記載してください。

関係（○で囲む）	氏名	住所
配偶者・子・父・母 兄・弟・姉・妹	年齢 歳	〒 _____ ・ご本人と【 同居/別居 】（電話 _____）
配偶者・子・父・母 兄・弟・姉・妹	年齢 歳	〒 _____ ・ご本人と【 同居/別居 】（電話 _____）
配偶者・子・父・母 兄・弟・姉・妹	年齢 歳	〒 _____ ・ご本人と【 同居/別居 】（電話 _____）
配偶者・子・父・母 兄・弟・姉・妹	年齢 歳	〒 _____ ・ご本人と【 同居/別居 】（電話 _____）
配偶者・子・父・母 兄・弟・姉・妹	年齢 歳	〒 _____ ・ご本人と【 同居/別居 】（電話 _____）

4. 入所施設・病院の情報

- 在宅 入院中（入院日： _____） 施設（入所日： _____）
 転院・移転予定がおありの場合（平成 _____年 _____月頃・移転先 _____）

