「支援者役割分担シート」　　　　　　　　　No1

氏名：　　　　　　　　　　　　様の支援シート

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会議の日 | 令和　年　月　日 | ご本人の参加 | あり　・　なし |
| 参加者 | 氏　名 | 所　属・関　係 | 連　絡　先 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（役割分担が必要な□に✓をつけて下さい。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☑ | こんなとき | だれに | どうしてほしい |
| □ | 見守りや声掛けが欲しいとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ | 相談相手が欲しいとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ | 体調不良で家事ができないとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ | 一人で病院に行けないとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ | 急に倒れてしまったとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ | 災害により避難が必要なとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |

No２

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 遺言書や終活支援ノートを作成したいとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ |  | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ |  | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ |  | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |

理解や判断をする力が衰えたとき

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☑ | こんなとき | だれに | どうしてほしい |
| □ | 財産の管理や支払いが難しくなったとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ | 各種契約や手続きが難しくなったとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ | 郵便物を確認することが難しくなったとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ |  | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ |  | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |

入院や施設入所をするとき　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No３

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☑ | こんなとき | だれに | どうしてほしい |
| □ | 緊急連絡先を求められたとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ | 日用品の準備や手配が必要なとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ | 新聞や配食、ライフラインの休・廃止をするとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ | 郵便物の転送手続きをするとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ | 借家（アパート）への連絡 | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ | 退去後の自宅の片付けや引っ越しをするとき | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ |  | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ |  | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |
| □ |  | 関係・所属：  担当者：  連絡先： |  |

令和　　年　　月　　日

ご本人署名（　　　　　　　　　　　　　　　　）