

# 財産目録

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 作成者氏名 \_\_\_\_\_ 印

本人（ \_\_\_\_\_ ）の財産の内容は以下のとおりです。

- ※ 以下の1から9までの財産の有無等について該当する□にチェックを付し、その内容を記載してください。
- ※ 以下の1から8までの財産に関する資料がある場合には、「資料」欄の□にチェックを付し、当該資料の写しを添付してください。また、財産目録との対応関係がわかるように、資料の写しには対応する番号を右上に付してください。（例：財産目録の「1預貯金・現金」の「No. 2」の資料の写しであれば、資料の写しの右上に「財1-2」と付記してください。）
- ※ 財産の各記載欄が不足した場合には、この用紙をコピーした上で、「No.」欄の番号を連続するよう付け直してください。

## 1 預貯金・現金

次のとおり  当該財産はない  不明

※ 「口座種別」欄については、普通預貯金や通常貯金等は「普」、定期預貯金や定額貯金等は「定」の□にチェックを付し、その他の種別は下欄の□にチェックを付し、種別の名称を記載してください。

No.	金融機関の名称	支店名	口座種別	口座番号	最終確認日	残高（円）	管理者	資料
1			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
現金（預貯金以外で所持している金銭）								
合 計								

## 2 有価証券等（株式、投資信託、国債、社債、外貨預金、手形、小切手など）

次のとおり  当該財産はない  不明

No.	種 類	株式の銘柄、証券会社の名称等	数量、額面金額	評価額（円）	管理者	資料
1						<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>
合 計						

## 3 生命保険, 損害保険等 (本人が契約者又は受取人になっているもの)

 次のとおり  当該財産はない  不明

No.	保険会社の名称	保険の種類	証書番号	保険金額 (受取額) (円)	契約者	受取人	資料
1							<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>
5							<input type="checkbox"/>

## 4 不動産 (土地)

 次のとおり  当該財産はない  不明

No.	所 在	地 番	地 目	地積 (㎡)	備考 (現状, 持分等)	資料
1						<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>

## 5 不動産 (建物)

 次のとおり  当該財産はない  不明

No.	所 在	家屋番号	種 類	床面積(㎡)	備考 (現状, 持分等)	資料
1						<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>

## 6 債権 (貸付金, 損害賠償金など)

 次のとおり  当該財産はない  不明

No.	債務者名 (請求先)	債権の内容	残額 (円)	備考	資料
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
合 計					

## 7 その他（自動車など）

次のとおり  当該財産はない  不明

No.	種類	内容	評価額（円）	備考	資料
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>

## 8 負債

次のとおり  負債はない  不明

No.	債権者名（支払先）	負債の内容	残額（円）	返済月額（円）	資料
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
合 計					

## 9 遺産分割未了の相続財産（本人が相続人となっている遺産）

- 相続財産がある（相続財産目録を作成して提出してください。）  
 相続財産はない（相続財産目録は作成する必要はありません。）  
 不明（相続財産目録は作成する必要はありません。）

# 相続財産目録

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 作成者氏名 \_\_\_\_\_ 印

本人（ \_\_\_\_\_ ）が相続人となっている相続財産の内容は以下のとおりです。

- ※ 本人が相続人となっている遺産分割未了の相続財産がある場合にのみ提出してください。
- ※ 被相続人（亡くなられた方）が複数いる場合には、この目録をコピーするなどして、被相続人ごとにこの目録を作成してください。
- ※ 以下の相続財産の有無等について該当する□にチェックを付し、その内容を記載してください。
- ※ 以下の相続財産に関する資料がある場合には、「資料」欄の□にチェックを付し、当該資料の写しを添付してください。また、相続財産目録との対応関係がわかるように、資料の写しには対応する番号を右上に付してください。（例：相続財産目録の「1預貯金・現金」の「No. 2」の資料の写しであれば、資料の写しの右上に「相1-2」と付記してください。）
- ※ 相続財産の各記載欄が不足した場合には、この用紙をコピーした上で、「No.」欄の番号を連続するよう付け直してください。

被相続人の氏名	（ _____ ）
本人との続柄	（本人の _____ ）
被相続人が亡くなられた日	（ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 ____年 ____月 ____日 ）
本人の法定相続分	（ _____ 分の _____ ）
遺言書	（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ）

## 1 預貯金・現金

次のとおり  当該財産はない  不明

※ 「口座種別」欄については、普通預貯金や通常貯金等は「普」、定期預貯金や定額貯金等は「定」の□にチェックを付し、その他の種別は下欄の□にチェックを付し、種別の名称を記載してください。

No.	金融機関の名称	支店名	口座種別	口座番号	最終確認日	残高（円）	管理者	資料
1			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 定 <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
現金（預貯金以外で所持している金銭）								
合 計								

## 2 有価証券等（株式，投資信託，国債，社債，外貨預金，手形，小切手など）

 次のとおり  当該財産はない  不明

No.	種 類	株式の銘柄，証券会社の名称等	数量，額面金額	評価額（円）	管理者	資料
1						<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>
合 計						

## 3 生命保険，損害保険等（被相続人が受取人になっているもの）

 次のとおり  当該財産はない  不明

No.	保険会社の名称	保険の種類	証書番号	保険金額 (受取額) (円)	契約者	資料
1						<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>

## 4 不動産（土地）

 次のとおり  当該財産はない  不明

No.	所 在	地 番	地 目	地積 (㎡)	備考 (現状，持分等)	資料
1						<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>

## 5 不動産（建物）

 次のとおり  当該財産はない  不明

No.	所 在	家屋番号	種 類	床面積(㎡)	備考 (現状，持分等)	資料
1						<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>

## 6 債権（貸付金，損害賠償金など）

次のとおり  当該財産はない  不明

No.	債務者名（請求先）	債権の内容	残額（円）	備考	資料
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
合 計					

## 7 その他（自動車など）

次のとおり  当該財産はない  不明

No.	種類	内容	評価額（円）	備考	資料
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>

## 8 負債

次のとおり  負債はない  不明

No.	債権者名（支払先）	負債の内容	残額（円）	返済月額（円）	資料
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
合 計					

# 収 支 予 定 表

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日      作成者氏名 \_\_\_\_\_ 印

本人（ \_\_\_\_\_ ）の収支予定は以下のとおりです。

※ 以下の収支について記載し、資料がある場合には、「資料」欄の□にチェックを付し、当該資料の写しを添付してください。また、収支予定表との対応関係がわかるように、資料の写しには対応する番号を右上に付してください。（例：収支予定表の「1本人の定期的な収入」の「No. 2国民年金」の資料の写しであれば、資料の写しの右上に「収1-2」と付記してください。）

※ 収支の各記載欄が不足した場合には、この用紙をコピーした上で、「No.」欄の番号を連続するよう付け直してください。

## 1 本人の定期的な収入

No.	名称・支給者等	月 額(円)	入金先口座・頻度等	資料
1	厚生年金		□財産目録預貯金No. _____ の口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
2	国民年金		□財産目録預貯金No. _____ の口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
3	その他の年金( _____ )		□財産目録預貯金No. _____ の口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
4	生活保護等( _____ )		□財産目録預貯金No. _____ の口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
5	給与・役員報酬等		□財産目録預貯金No. _____ の口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
6	賃料収入(家賃, 地代等)		□財産目録預貯金No. _____ の口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
7			□財産目録預貯金No. _____ の口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
8			□財産目録預貯金No. _____ の口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
収入の合計(月額) =		円	年額(月額×12か月) =	円

## 2 本人の定期的な支出

No.	品 目	月 額(円)	引落口座・頻度・支払方法等	資料
1	食費・日用品			<input type="checkbox"/>
2	生活費	電気・ガス・水道代等	□財産目録預貯金No. _____ の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
3		通信費	□財産目録預貯金No. _____ の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
4			□財産目録預貯金No. _____ の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
5			□財産目録預貯金No. _____ の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
6		施設費		□財産目録預貯金No. _____ の口座から自動引き落とし
7	療養費	入院費・医療費・薬代	□財産目録預貯金No. _____ の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
8			□財産目録預貯金No. _____ の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
9			□財産目録預貯金No. _____ の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
10			□財産目録預貯金No. _____ の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>

11	住居費	家賃		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
12		地代		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
13				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
14				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
15				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
16	税金	固定資産税		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
17		所得税		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
18		住民税		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
19				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
20				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
21	保険料	国民健康保険料		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
22		介護保険料		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
23		生命(損害)保険料		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
24				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
25				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
26	その他	負債の返済		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
27		こづかい			<input type="checkbox"/>
28				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
29				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
30				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
31				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
32				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
33				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
支出の合計(月額) =		円	年額(月額×12か月) =	円	

月額 (収入の合計) - (支出の合計) = 十・一	円
年額 (収入の合計) - (支出の合計) = 十・一	円



## お願い（主治医の先生へ）

長野家庭裁判所

この度先生がご担当の（本人 ）さんに対し、後見開始等の審判申立が検討されています。ついては、診断書の作成や必要がある場合の鑑定書の作成について、何卒ご理解、ご協力をお願いいたします。

### 1 診断書について

- (1) 家庭裁判所では、親族等の申立てに基づき、本人の能力がどの程度で、どの程度の援助が必要か、誰を援助者に選任するかなどを判断します。その際、本人の状況を明らかにする資料とするために、申立てに際して「診断書」の添付をお願いしております。添付の診断書記載ガイドラインと記載例を参考にいただき、診断書の作成をお願いします（添付の記載例以外の事例は <http://www.courts.go.jp/saiban/koukenp/> を御覧ください。）。
- (2) 診断書作成の依頼を受ける際に、依頼者から、福祉関係者が作成した「本人情報シート」の提供を受けることがあります。この「本人情報シート」は、診断書を作成する医師に対し、ご本人の生活状況等に関する情報を提供し、医学的判断を行う際の参考としていただくために、家庭裁判所が平成31年4月から導入したものです。  
「本人情報シート」の提供を受けた場合には、ぜひ診断の参考資料として御活用ください。なお、記載内容についてのお問合せは、「本人情報シート」の作成者にお尋ねください。
- (3) ご提出の診断書の内容について、後日、家庭裁判所調査官等から電話で確認をさせていただくことがあります。申立てをした方（親族等）の承諾を得た上で問い合わせさせていただきますので、ご協力をお願いいたします。

### 2 鑑定について

- (1) 鑑定に際しては、「良心に従って誠実に鑑定する」旨を記載した宣誓書等は郵送で提出をお願いしており、わざわざ家庭裁判所にお越し願うことはありません。また、通常、家庭裁判所での証人尋問等は行われません。
- (2) 家庭裁判所では、本人の負担を軽減するため、なるべく本人の病状や実情を最も把握されている医師（主治医）に鑑定をお願いしております。そのため、後見開始等の申立予定者には、事前に主治医の先生に、本人の鑑定の引受けに関するご意向をお尋ねした上で、申立てをするようお願いしています。  
ご多忙中恐縮ですが、別添の「診断書付票」に必要事項をご記入の上、申立予定者に手渡しして下さい。お引き受け願えない場合は、その旨を申立予定者にお伝え下さい。正式に鑑定をお願いする場合には、後日書面を送付させていただきます。

(問合せ先)

1	氏名	男・女
	年 月 日生 ( 歳)	
	住所	
2	<b>医学的診断</b> 診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)  所見 (現病歴, 現症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)  各種検査 長谷川式認知症スケール ( <input type="checkbox"/> 点 ( 年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 実施不可) MMSE ( <input type="checkbox"/> 点 ( 年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 実施不可) 脳の萎縮または損傷等の有無 <input type="checkbox"/> あり ⇒ ( <input type="checkbox"/> 部分的にみられる <input type="checkbox"/> 全体的にみられる <input type="checkbox"/> 著しい <input type="checkbox"/> 未実施) <input type="checkbox"/> なし 知能検査  その他  短期間内に回復する可能性 <input type="checkbox"/> 回復する可能性は高い <input type="checkbox"/> 回復する可能性は低い <input type="checkbox"/> 分からない (特記事項)	
3	<b>判断能力についての意見</b> <input type="checkbox"/> 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができる。 <input type="checkbox"/> 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することが難しい場合がある。 <input type="checkbox"/> 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。 <input type="checkbox"/> 支援を受けても, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。  (意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば, 記載してください。	



裏面に続く

(家庭裁判所提出用)

(裏面)

## 判定の根拠

## (1) 見当識の障害の有無

- あり ⇒ ( まれに障害がみられる  障害がみられるときが多い  障害が高度)  
 なし

[ ]

## (2) 他人との意思疎通の障害の有無

- あり ⇒ ( 意思疎通ができないときもある  意思疎通ができないときが多い  
 意思疎通ができない)  
 なし

[ ]

## (3) 理解力・判断力の障害の有無

- あり ⇒ ( 程度は軽い  程度は重い  顕著)  
 なし

[ ]

## (4) 記憶力の障害の有無

- あり ⇒ ( 程度は軽い  程度は重い  顕著)  
 なし

[ ]

## (5) その他 (※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

[ ]

参考となる事項 (本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を  受けた  受けなかった

(受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。)

以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

## 【医師の方へ】

※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト (<https://www.courts.go.jp/saiban/koukenp/>) からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します (事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)

## 診断書付票

診断書と併せて、以下の項目にもご回答くださいますようご協力をお願いします。

\*成年後見制度においては、鑑定が必要な場合、精神科医に限ることなく、できるだけ本人の状態を把握されている医師（主治医）に鑑定をお願いし、ご協力いただいております。

\*鑑定に際しては、わざわざ家庭裁判所にお越しいただくことはありません。

\*正式に鑑定をお願いする場合は、後日、家庭裁判所からご連絡します。

### 1 家庭裁判所の審理過程で、改めて本人の精神の状況について鑑定を依頼した場合、お引き受けいただけますでしょうか。

- 家庭裁判所から鑑定を依頼された場合、鑑定を引き受ける。  
 鑑定を引き受けることはできないが、下記の医師を紹介する。

氏名 \_\_\_\_\_

病院等の名称 \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

### 2 鑑定をお引き受けいただける場合に、ご回答ください。

- (1) 鑑定費用（一般的には5万円前後でお引き受けいただいております。）  
 3万円  5万円  その他（\_\_\_\_\_円）
- (2) 鑑定期間（一般的には鑑定依頼文書を送付後、1～2か月で鑑定書をご提出いただいております。）  
 1か月  2か月  \_\_\_\_\_か月
- (3) 鑑定書作成の手引の送付希望（令和2年12月に改定されております。なお、最高裁判所のホームページ（<https://www.courts.go.jp/saiban/koukenp/>）からも取得することができます。）  
 希望する  希望しない
- (4) 書類の送付先  
 診断書記載の病院等の住所地と同じ

診断書記載ガイドライン

表面

(家庭裁判所提出用) **診断書** (成年後見制度用) (表面)

1 氏名 男・女  
年 月 日生 ( 歳)

住所

2 医学的診断

診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)

所見 (現病歴、現症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)

各種検査  
 長谷川式認知症スケール (  点 ( 年 月 日実施)  実施不可)  
 MMSE (  点 ( 年 月 日実施)  実施不可)  
 脳の萎縮または損傷等の有無  
 あり ⇒ (  部分的にみられる  全体的にみられる  著しい  未実施)  
 なし  
 知能検査

その他

短期間内に回復する可能性  
 回復する可能性は高い  回復する可能性は低い  分からない  
 (特記事項)

3 判断能力についての意見

契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができる。  
 支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することが難しい場合がある。  
 支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない。  
 支援を受けても、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない。

(意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば、記載してください。

1/2 ▶ 裏面に続く

2 医学的診断

○ 診断名

- ・ 本人の判断能力に影響を与えるものについて記載してください (判断能力に影響のない内科的疾患等の診断名を記載する必要はありません。)
- ・ 病院で通常に行われる程度の診察によって得られる診断名を記載していただければ十分であり、確定診断が得られない場合には、「～の疑い」という形で記載していただいても構いません。

○ 所見

- ・ 診断を導く根拠となる病状等について、その内容、発症の時期、経過等を簡潔に記載してください。また、現病歴、現在症、既往の疾患等のうち、現在の精神の状態に影響を与えるものがある場合も、この欄に記載してください。

○ 各種検査

- ・ 診断書には、判断能力に関する医学的診断をする際の代表的な検査項目を掲げています。掲げられている検査を行った場合には、その結果を記載してください。入院先等の検査結果を利用できるときは、それを用いても構いません。(※検査は、本人の症状に照らして、通常の診断を行う際に必要な範囲で行っていただければ十分であり、診断書に記載されている検査を殊更に実施していただく必要はありません。)
- ・ 知能検査を行った場合には、その検査方法 (ウェクスラー式知能検査、田中ビネー式知能検査など)、検査結果、検査年月日について記載してください。その他の検査を行った場合も、同様です。

○ 短期間内に回復する可能性

- ・ 診断を導く根拠となる病状が短期間内 (概ね6か月～1年程度) に回復する可能性について記載してください。なお、特記事項欄には、回復可能性に関する判断根拠等について、必要に応じて記載していただくことを想定しています (ただし、回復可能性が高い場合や、一般的な傾向とは異なる場合等については、その理由について必ず記載してください。)

3 判断能力についての意見

- 裁判所が本人の判断能力を判断するための参考となる意見を記載してください。なお、チェックボックスへのチェックでは的確に意見を伝えられない場合や、更なる検査等が必要と考えられるなど慎重な検討を要する事情等がある場合には、意見欄にその事情や理由についての意見を記載してください。
- 当欄は、申立人が裁判所にどのような申立てをするのかの参考とすることが想定されており、一般的には、以下のとおりの対応関係にあります (※申立てを受けた後、裁判官が診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき本人の判断能力を判断しますが、事案によっては医師による鑑定を実施することがあります。)。
  - ・ 「支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することが難しい場合がある」→ 補助類型の申立て
  - ・ 「支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない」→ 保佐類型の申立て
  - ・ 「支援を受けても、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない」→ 後見類型の申立て
 ※ なお、「契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができる」ときは、一般的には十分な判断能力があり、後見制度の利用の必要はないものと見込まれます。
- チェックボックス中の「契約等」とは、一般に契約書を必要とするような重要な財産行為 (不動産、自動車の売買や自宅の増改築、金銭の貸し借り等) を想定しています。また、「支援」とは、家族等の身近な人によって提供されることが期待される適切な援助行為を想定しており、具体的には、契約等の場面で家族等が本人の反応や理解の程度を踏まえて、本人に分かりやすい言葉で説明をすることなどを想定しています。本人に対して現実に提供されている援助行為の有無、内容等について調査していただく必要はありません。

裏面

(家庭裁判所提出用)

(裏面)

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

- あり ⇒ ( まれに障害がみられる  障害がみられるときが多い  障害が高度)
- なし

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

- あり ⇒ ( 意思疎通ができないときもある  意思疎通ができないときが多い  
 意思疎通ができない)
- なし

(3) 理解力・判断力の障害の有無

- あり ⇒ ( 程度は軽い  程度は重い  顕著)
- なし

(4) 記憶力の障害の有無

- あり ⇒ ( 程度は軽い  程度は重い  顕著)
- なし

(5) その他 (※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

参考となる事項 (本人の心身の状態, 日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を  受けた  受けなかった

(受けた場合には, その考慮の有無, 考慮した事項等についても記載してください。)

以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

【医師の方へ】

- ※ 診断書の記載例等については, 後見ポータルサイト (<https://www.courts.go.jp/saiban/koukenp/>) からダウンロードできます。
- ※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは, 本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として, 本人の福祉関係者が作成するシートです。提供があった場合は, 診断への活用を御検討ください。
- ※ 家庭裁判所は, 診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき, 本人の判断能力について判断します (事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)

判断の根拠欄

○ 診断結果及び判断能力についての意見を導いた根拠について, (1)から(4)の項目ごとに記載してください。なお, チェックボックスへのチェックでは的確に意見を伝えられない場合や, チェックした上で付加的な説明を要する事情等がある場合には, チェックボックスの下の空欄にその事情等を記載してください。

○ 「(5)その他」については, (1)から(4)に関する記載では判断の根拠についての説明として十分ではないときに, 判断能力に関する意見を導いた根拠を記載してください。

参考となる情報

- 判断能力についての意見を導く事情とまではいえないものの, 本人の状態や生活状況に関して, 裁判所が把握しておいた方がよいと思われる事情があれば, その旨記載してください。
- 家族や支援者等から本人情報シートの提供を受けた場合には, 「受けた」の欄にチェックをしてください。また, 本人情報シートの記載を診断において考慮した点があれば, その内容等について記載してください (特段, 考慮する点がなかった場合にも, その旨記載してください。)

## 診断書記載例

## モデル事例 1 : 認知症(重度), 施設入所【表面】

(家庭裁判所提出用)

## 診 断 書 (成年後見制度用)

(表 面)

1 氏名 ○○ ○○ (男)・女  
 ○○○○ 年 ○ 月 ○ 日生 ( 80 歳)  
 住所 ○○県○○市○○町○○-○○

## 2 医学的診断

診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)

## レビー小体型認知症 (DLB)

所見 (現病歴, 現症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)

2012年頃より幻視が出現。夕方などに「人が見える」と述べたり, 夜間の睡眠中に誰かと言いつ争っているような言動がみられるようになった。物の置き忘れが目立つようになり, 簡単な計算も出来なくなったため, 2013年6月, A病院神経内科を受診。DLBと診断された。かかりつけBクリニックへ通院し治療を継続していた。2015年頃には書字が困難となった。2016年3月頃より幻視が活発となり, また, 「妻が自分に危害を加えようとしている」と述べ, 妻への暴力がしばしばみられるようになったため, 同年7月, 紹介にて当院 (精神科) 初診。DLBにともなう幻覚妄想状態の増悪と診断し, 入院にて治療を行うこととした。薬物療法, 専門リハビリテーションにて病状は徐々に改善し, 2017年5月に退院。特別養護老人ホームへ入所し, 引き続き, 当院にて定期的に通院加療を行っている。

## 各種検査

長谷川式認知症スケール (☑ 8 点 ( 2018 年 4 月 10 日実施) □ 実施不可)

MMSE (☑ 7 点 ( 2018 年 4 月 10 日実施) □ 実施不可)

脳の萎縮または損傷等の有無

☑ あり ⇒ (□ 部分的にみられる ☑ 全体的にみられる □ 著しい □ 未実施)

□ なし

知能検査

その他

ドーパミントランスポーター (DaT) シンチグラフィー:

両側線条体におけるDaTの著明な集積低下 (2015年7月5日施行)

短期間内に回復する可能性

□ 回復する可能性は高い ☑ 回復する可能性は低い □ 分からない

(特記事項)

## 3 判断能力についての意見

- 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができる。  
 □ 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することが難しい場合がある。  
 □ 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。  
 ☑ 支援を受けても, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。

(意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば, 記載してください。

## モデル事例 1 : 認知症(重度), 施設入所【裏面】

(家庭裁判所提出用)

(裏面)

## 判定の根拠

## (1) 見当識の障害の有無

- あり ⇒ ( まれに障害がみられる  障害がみられるときが多い  障害が高度)  
 なし

〔 デイルームから自室に帰ることが困難。慣れた生活環境においても、目的に沿った単独での移動が見守りのもとでも難しく、必ず誘導が必要である。 〕

## (2) 他人との意思疎通の障害の有無

- あり ⇒ ( 意思疎通ができないときもある  意思疎通ができないときが多い  
 意思疎通ができない)

なし

〔 あいさつ、食欲・身体状態を尋ねる簡単な問いに対する返答等はできるが、しばしば意識傾眠にて疎通困難のことが多い。 〕

## (3) 理解力・判断力の障害の有無

- あり ⇒ ( 程度は軽い  程度は重い  顕著)  
 なし

〔 施設スタッフ、他の入居者との会話に際して、問いかけに対して無関係の内容を答えることが多く、また、日々の日課に際しても、まとまりのある行動をとることができない。 〕

## (4) 記憶力の障害の有無

- あり ⇒ ( 程度は軽い  程度は重い  顕著)  
 なし

〔 数分前の会話の話題、行事の後でどのような活動をしたか等を想起できず、近時記憶力の障害が顕著である。自らの誕生日もしばしば答えることができず、遠隔記憶の障害も進んでいる。 〕

## (5) その他(※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

〔 妻の面会に際して、妻であると認識できず、かつ、古い友人の妹であると述べる等の、相貌失認が認められる。加えて、人物誤認妄想も認められ、「何者かが悪意をもって自分に近づいてきている」等と述べ、被害関係念慮の形成傾向もみられる。 〕

参考となる事項(本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を  受けた  受けなかった

(受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。)

以上のとおり診断します。

2018 年 9 月 10 日

病院又は診療所の名称・所在地 ○○県○○市○○町○○-○○

担当診療科名 ○○○○

担当医師氏名 ○ ○ ○ ○

印

## 【医師の方へ】

- ※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト (<https://www.courts.go.jp/saiban/koukenp/>) からダウンロードできます。  
 ※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の福祉関係者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。  
 ※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します(事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)