

初期面談ヒアリングシート

取扱注意

相談日

年 月 日

相談者について

氏名	ふりがな	(性別) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (生年月日) 年 月 日
住所	(〒 -)	
希望連絡先	電話	(時間帯)
	携帯	(時間帯)
	FAX	<input type="checkbox"/> 電話と同じ <input type="checkbox"/> なし (時間帯)
	メール	@
自身にもしものことが あった場合 喪主を務める人	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 氏名: 関係性:	
親族関係 (相続関係図)		
持病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名: かかりつけの病院:	
遺言書	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(自筆証書遺言・公正証書遺言)	
葬儀	<input type="checkbox"/> 寺院に葬儀準備を依頼したい <input type="checkbox"/> 自分で葬儀を準備済 <input type="checkbox"/> 自分で葬儀を準備したいが準備はまだ	
収骨・納骨	<input type="checkbox"/> 寺院に収骨・納骨式を依頼したい <input type="checkbox"/> 収骨・納骨式の手配をしてくれる人がいる 氏名: 関係性:	
相続手続き	<input type="checkbox"/> 相続手続きに不安がある <input type="checkbox"/> 相続手続きに不安はなく、対応してくれる人がいる 氏名: 関係性:	
認知症・介護・病気	<input type="checkbox"/> 認知症や要介護になった場合の財産管理、手続きに不安がある <input type="checkbox"/> 認知症や要介護になった場合に不安はなく、対応してくれる人がいる 氏名: 関係性:	
備考		