

初任者 事前課題

申請者の現状(基本情報)

受講者番号()

受講者名 ()

作成日

相談支援事業者名

計画作成担当者

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏名		生年月日		年齢	
住所	[持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他()]			電話番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
				FAX番号	
障がいまたは疾患名		障がい支援区分		性別	男 ・ 女
<u>家族構成</u> ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			<u>社会関係図</u> ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
<u>生活歴</u> ※受診歴等含む				<u>医療の状況</u> ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等	
<u>本人の主訴(意向・希望)</u>			<u>家族の主訴(意向・希望)</u>		

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援(障がい福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					