

初任者 インターバル1・2 共通

申請者の現状(基本情報)

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 ○○○○-○○○○
		FAX番号
障がいまたは疾患名	障がい支援区分	性別 男 ・ 女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入 	社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)
--------------------------------	------------------------------------

生活歴 ※受診歴等含む 	医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等
---------------------	--------------------------------------

本人の主訴(意向・希望) 	家族の主訴(意向・希望)
----------------------	----------------------

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					