

別紙 1

グループ番号【 】

初任者 インターバル1・2 共通

申請者の現状（基本情報） 受講番号（ ）

受講者名（ ）

作成日		相談支援事業者名	A事業所	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	A氏	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	年齢	
住所	大阪府〇〇市			電話番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
	持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他( )			FAX番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
障がいまたは疾患名		障がい支援区分		性別	男・女

家族構成図（ジェノグラム） ※年齢、職業、主たる介護者を記入

社会関係図（エコマップ） ※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					