

別紙 1

グループ番号【 】

初任者 インターバル1・2 共通

受講番号 ( )

受講者名 ( )

## 申請者の現状(基本情報)

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 (記入しない)	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日 (記入しない)	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、主たる介護者等を記入

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					