

事前課題②

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	Z 障がい者相談支援事業所	計画作成担当者	松井
1. 概要(支援経過・現状と課題等)					

2. 利用者の状況

氏 名	大阪 花子	生年月日	X-20.4.20	年 齢	2 0 歳
住 所	A 市××町			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（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					