

受講番号( ) 受講者氏名( )

訪問票（一次アセスメント票）

社会福祉法人大阪市障害者福祉・スポーツ協会

受付 No. 12345 氏 名：大阪 花子 訪問年月日：2019年9月6日	訪問目的（事前に具体的に記入） 二人暮らしの母の緊急入院の状況で、本人の望む自宅での生活、また家を出ての単身生活や就労の実現に向けてのアセスメントの実施、本人や姉などの意向の確認。
--	---

(途中の内容は省略しています)

【対応者総合所見（注意すべき点、気になる点を含む）】