障害福祉サービス利用状況報告書（潟上市分）

訪問系サービス

事業所名

　　　　　　担当

TEL

FAX

相談支援事業所

　　　　　　　　　　　　様

TEL

FAX

氏　名　　　　　　　　　様（　　　歳）の状況を次のとおり報告します。

【援助の方針（短期目標）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月 | サービス利用中の状況 |
| 年月 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 年月 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 年月 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

3ヶ月とおしての評価**（目標達成度：概ね達成・あまりできてない・できてない）**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|   |
|  |
|  |

**サービス担当者会議の開催（希望します・不要です）**