障害福祉サービス利用状況報告書（潟上市分）

日中活動系・居住系サービス

相談支援事業所

　　　　　　　　　　　　様

TEL

FAX

事業所名

　　　　　　担当

TEL

FAX

氏名　　　　　　　　様（　　歳）の状況を次のとおり報告します。【　　月分】

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用状況 | ○予定どおり  ○休みあり  （　　日／月）  ○利用なし | 具体的に |  | 整容 | ○問題なし  ○問題あり |  |
| 活動内容 |  |  | 食欲 | ○問題なし  ○問題なし |  |
| 利用中の様子（体調・精神面） | ○問題なし  ○問題あり  ○気になる |  | 睡眠 | ○問題なし  ○問題あり |  |
| 対人  トラブル | ○問題なし  ○問題あり |  | 家庭  状況 | ○問題なし  ○問題あり  ○わからない |  |

１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）**

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

その他気になること

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

**サービス担当者会議の開催（希望します・不要です）**

個別支援計画新規作成及び変更したときは、この報告書とともに提出をお願いします。

**また、本人や家族が入退院した等緊急時には相談支援専門員へ電話をお願いします。**