埼玉県相談支援従事者初任者研修資料

※フォントの種類・サイズは変更しないこと

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講地域 | グループ番号 | 受講番号 | 受講者氏名 |
|  |  |  |  |

事 例 の 概 要

|  |  |
| --- | --- |
| 事例タイトル |  |
| 事例の状況  （いずれかに○） | １　在宅事例  ２　入所・入院からの地域生活移行事例 |
| 年齢・性別・家族構成・  現在の地域の居住歴 | さん　　年齢（ ）歳・性別（　男　・　女　）  家族構成（　　）  現在の地域の居住歴　　年 |
| 手帳の種類と等級 |  |
| 障害支援区分 |  |
| 生活歴及び病歴 | 【生活歴】  【病歴】 |
| 相談に至る経緯 |  |
| 望んでいる暮らし、訴え、困っていること |  |
| 本人や家族の問題 |  |
| 本人の能力や  環境的問題 |  |
| 本人の趣味趣向、  楽しみ、長所 |  |
| その他気が付いたこと |  |