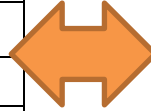


事業所名	●△B型事業所
担当者名	福祉 フジオ
電話	0587-〇〇-△△△△
FAX	0587-〇〇-△△△△
e-mail	●△□@▽▽▽.com



事業所名	江南太郎相談支援事業所
担当者名	江南 花子 様
電話	0587-▽▽-□●△△
FAX	0587-▽▽-□●△△
e-mail	△●□●○@△△△.com

※この様式をそのまま FAX 等で提出ください。鑑文書の添付は不要です。

※提出期限について・・・サービス提供月の翌月15日頃までにFAX等でご提出くださるようご協力お願いします。

## 障害福祉サービス提供実施報告書

利用者名	<b>愛知 太郎</b> 様	サービス提供月	<b>R4</b> 年 <b>2</b> 月分
------	----------------	---------	-------------------------

記入日	<b>3</b> 月 <b>10</b> 日	記入者	<b>福祉 フジオ</b>
-----	------------------------	-----	---------------

項目	評価（※該当する番号に○印をつけてください）	[評価1] の内容について
①サービス利用頻度	1. 変化あり 2. 変化なし 3. 利用なし	週1回ずつ母親の通院付き添いのため休まりました。
②サービス利用状況 (利用中の本人の様子やサービス内容など)	1. 変化あり 2. 変化なし	
③本人の状態 (ADL・意欲等精神面・病状等)	1. 変化あり 2. 変化なし	
④本人の周囲の状況 (家族・介護力・経済・住環境等)	1. 変化あり 2. 変化なし	母親の腰痛が酷く、家事があまりできなくなっていると言われています。
⑤計画の見直しの必要性 (回数、内容など)	1. 必要あり 2. 必要なし	

(本人の様子、気になること、個別支援計画の目標達成に向けてどう取り組まれているか等、ご自由にご記入ください)

作業に対する姿勢はこれまでと変わりなく、意欲的に取り組むことができます。

お母様の腰痛が悪化しており、通院付き添い、買い物、ごみ捨てなど手伝っているそうです。

近々検査入院されるそうですが、母不在の間も一人で生活が可能かどうか、変わらず通所ができるのか少し気がかりです。

■相談支援専門員からの返信 【  要 ・ 不要 】

--	--