|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  | 様 |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| e-mail |  |

※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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供月 |  | 年 |  | 月分 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者名 | 　 | 様 |

障害福祉サービス提供実施報告書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 |  | 月 |  | 日 | 記入者 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 評価（※該当する番号に〇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 |  |
| 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 |  |
| 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） |
|  |
|  |
|  |

■相談支援専門員からの返信　　【　要　・　不要　】

|  |
| --- |
|  |
|  |