

令和3年度日常生活支援住居施設管理者等資質向上研修

2日目グループワーク事前課題 参考様式

受講番号	
氏名	
人員配置 (1つ選択)	15:1 ・ 10:1 7.5:1 ・ 5:1
食事提供	あり ・ なし
宿直	あり ・ なし

締切：2日目プログラム受講日の2日前

提出先アドレス：nichiju.kenshu@gmail.com

- ・氏名はイニシャルとしてください。
- ・個人の特定につながる情報（住所、固有名詞など）は記号に置き換えたり、一般名詞に置き換えたりしてください。（例：A市、B内科医院、デイサービス）

日常生活支援住居施設 個別支援計画

利用者氏名	様	生年月日	年 月 日	計画 No.	第 回目
事業所名		個別支援計画 作成担当者名	生活支援提供責任者 氏名：	計画作成日	年 月 日

1	入所者の生活 に対する意向	9	総合的な支援 の方針
---	------------------	---	---------------

生活全般の質を向上させる ための課題（ニーズ）	日常生活及び社会生活 上の支援の目標（課題 に対する目標）	達成時期 （期間）	支援内容・方法等			備考 （留意事項）
			内容	方法	提供機関 担当者	
2	3	4	5	6	7	8

【同意書】

私は、上記の個別支援計画について説明を受け、
これに基づいて支援が行われることに同意しました。

年 月 日

本人 (印)
 代理人等 (印)