

(様式 4)

在宅就労における支援記録

利用者名		受給者証番号	
実施年月日	年 月 日	実施時間	～
作業・訓練内容			
支援内容 (<u>1日2回以上</u>)	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	対応職員		
利用者の心身の状況 (助言内容)			
評価内容 (<u>1週間ごと</u>)	評価実施日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他()
	評価対象日	年 月 日	～ 月 日 作業分

	※作業・訓練内容の評価については、1週間以内に実施すること。 ※評価内容は、サービス管理責任者が必ずその内容を確認すること。		前回評価日	月	日
記録者		確認者（サービス管理責任者）			