

(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）	