様式２－１

西濃圏域地域生活支援拠点事業　体験利用支援実施記録

１　基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者 |  |
| 実施サービス |  |
| 連携先地域移行支援事業所名 |  |
| 体験利用支援の利用日等 | 利用期間：　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　日間）支援時間：　　：　　～　　：実施場所： |

２　利用者情報

|  |
| --- |
| ふりがな利用者氏名生年月日　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |

３　体験利用を担当した職員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　　属　　名 | 職　　　種 | 氏　　　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

４　体験利用支援の内容

（１）体験利用支援に係る具体的な支援の内容

|  |  |
| --- | --- |
| ①体験的な利用支援の利用日の昼間の時間帯における介護等の支援 |  |

（２）体験利用支援に係る具体的な連絡調整その他相談援助の内容

|  |  |
| --- | --- |
| ①体験的な利用支援を行うに当たっての指定地域移行支援事業所との留意点等の情報共有その他必要な連絡調整 |  |
| ②体験的な利用支援を行った際の状況に係る指定地域移行支援事業所との情報共有や当該事業を踏まえた今後の支援方針の協議等 |  |
| ③利用者に対する体験的な利用支援を行うに当たっての相談援助 |  |

５　その他（特記事項）

|  |
| --- |
|  |