

成人期の記録

記入者

記入日

年

月

日

生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）	住所			
日常的な交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車（自分で） <input type="checkbox"/> 家族の送迎 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車				
医療機関受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病院名			担当医師
服 薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬名			

本人の楽しみ・余暇					
友だち関係 (人とのかかわり)	仲の良い友だち			連 絡 先	
お小遣いの管理方法		主な使い方		使うときの支援	
<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 家族が <input type="checkbox"/> 成年後見人が <input type="checkbox"/> 生活支援員が					

参加している活動

名 称	参 加 内 容	所在地	電話

福祉サービスの利用

利用施設・事業所名	利用している福祉サービス	利用頻度・曜日	備 考

支援の関係機関・相談機関など

相談・支援機関	主に相談している内容	担当者名

年月日	出 来 事