提出様式⑪

社会資源調査票

（実習協力者の住む地域とその社会資源）

* 実務研修テキスト上巻p.628～633、下巻p.42～44　を参考に記載すること。
* 具体的な個人名、事業所名、地域名などは記載せず、記号や仮名で記載すること。

No.１

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | 実習者氏名 |  |
| 地域の特徴 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 居宅介護サービスの状況 | | | | | | |
| サービス種類 | | 事業所名 | | 特　徴 | | |
| 訪問介護 | |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 訪問看護 | |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 通所介護 | |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 訪問入浴介護 | |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 福祉用具貸与 | |  | |  | | |
|  | |  | | |
| リハビリテーションサービスの状況 | | | | | | |
| サービス種類 | | 事業所名 | | 特　徴 | | |
| 訪問リハビリテーション | |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 通所リハビリテーション | |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 医療機関等（通院型・入院入所型） | |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 医療機関等の状況 | | | | | | |
| （訪問診療）  （その他） | | | | | | |

No.２

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所型介護サービスの状況 | | | | | |
| サービス種類 | | | 事業所名 | | 特　徴 |
| 短期入所系  短期入所生活介護 | | |  | |  |
|  | |  |
| 短期入所療養介護 | | |  | |  |
|  | |  |
| （その他） | | | | | |
| その他のサービスやボランティア活動の状況 | | | | | |
| （自治体サービス） | |  | | | |
| （有料サービス） | |  | | | |
| （ボランティア活動） | |  | | | |
| 日常品の購入等 | | | | | |
| （福祉用具等販売店） | |  | | | |
| （住宅改修実施工務店） | |  | | | |
| （その他日用品） | |  | | | |
| 介護支援専門員の支援機関 | | | | | |
| 種類 | 事業所名 | | | 特　徴 | |
| 地域包括支援センター |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
| 近隣との関係・地域との交流 | | | | | |
|  | | | | | |
| 相談機関その他 | | | | | |
|  | | | | | |