様式2‐①

■**社会資源調査票（受講者自身の自宅もしくは勤務先の地域とその社会資源）**

**※必ずサービス種類毎に2ヵ所以上調査し、枠のとおりの事業所数（記載例を参考）を記入すること**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 | |  | | 受講者氏名 |  |
| 地域の特徴 | | | | | |
|  | | | | | |
| 居宅サービスの状況　※事業所名等は「C事業所」等の記載にして、個人情報の取り扱いに注意すること。 | | | | | |
| ◆サービス種類 | 事業所名 | | 特　　徴 | | |
| 訪問介護 |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 訪問看護 |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 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 | | |
| 訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 医療機関等  （通院型･入院入所型） |  | |  | | |
|  | |  | | |
| 医療機関等の状況 | 医療機関名 | | 特　　徴 | | |
| 訪問 |  | |  | | |
| その他 |  | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式2‐② | | | | |
| 入所型介護サービスの状況 | | | | |
| **◆サービス種類** | 事業所名 | | 特　　　徴 | |
| 短期入所生活介護 |  | |  | |
| 短期入所療養介護 |  | |  | |
| 地域密着型サービスの状況 | | | | |
| **◆サービス種類** | 事業所名 | | 特　　　徴 | |
| グループホーム |  | |  | |
| 小規模多機能型居宅介護 |  | |  | |
| 看護小規模多機能型  居宅介護 |  | |  | |
| 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 | |  | | |
| 近隣との関係・地域との交流 | | | | |
|  | | | | |
| 相談機関その他 | | | | |
|  | | | |  |