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）

※必ず社会資源は、**サービス種類毎に2つ以上調査し記入すること**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 |  | | | 受講者氏名 |  |
| 地域の特徴 | | | | | |
|  | | | | | |
| 居宅介護サービスの状況　※実習では、事業所名等は「Ｃ事業所」等の記載にして、個人情報の保護に留意してください。 | | | | | |
| **◆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 | | | | | |
| （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 |
| 短期入所系  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 | | | |
|  | | | |