

(様式3)

受付番号				氏名			
評価回	評価()回目	評価担当者			評価記入日	西暦	年 月 日

■目標の達成状況

目標の達成状況	
目標の達成状況	
見られた変化	生活面 ☐ 生活保護適用 ☐ 住まいの確保・安定 ☐ 医療機関受診開始 ☐ 健康状態の改善 ☐ 障害者手帳取得 ☐ 自立意欲の向上・改善 ☐ 対人関係・家族関係の改善 ☐ 生活習慣の改善 ☐ 孤立の解消 ☐ 精神の安定 ☐ 家計の改善 ☐ 債務の整理 ☐ 保険関係収入の増加 ☐ 年金関係収入の増加 ☐ その他収入増加(一般就労以外) ☐ 就労収入増加(一般就労において、転職・勤務時間の増加等により増収した場合)
	社会面 ☐ 職場定着 ☐ 一般就労開始(目的が継続的な就労(障害者雇用含む)) ☐ 一般就労開始(目的が時限的) ☐ 雇用契約を伴う支援付き就労(就労訓練事業、就労継続A型等) ☐ 障害者サービス活用(就労継続B型、就労移行支援等) ☐ 自営業等雇用外での就労開始 ☐ 就職活動開始 ☐ 職業訓練の開始、就学 ☐ 社会参加機会の増加
	他 ☐ その他()
	☐ この間に変化は見られなかった
現在の状況と残された課題	

■プランの終結・継続に関する本人希望・スタッフ意見

本人の希望	☐ 終結を希望 ☐ 継続を希望	スタッフの意見
-------	--	---------

(様式3)

注：他機関へのつながりにより終結する場合は、対象者が他機関に既につながっている状態であること。

これまでの相談歴がある機関（本人や家族に過去にどこかの機関への相談経験があるかを確認）

特記事項 (関係機関名を残す場合はここに記載)	
----------------------------	--