

社会復帰・生活・介護支援計画書（終了）

氏名： _____ 高次脳機能障害支援コーディネーター： _____

支援計画策定会議 開催日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 曜日） _____ : _____ ~ _____ : 出席者： _____

現在の利用施設： _____

支援の目標と期間： _____

支援内容：就業支援 就学支援 授産施設支援 小規模作業所等支援 就業・就学準備支援 在宅支援 施設での生活訓練支援 施設での生活支援

支援項目	支援目標	支援内容及び結果	支援施設・担当者など

帰結	
----	--