栃木県高次脳機能障害ピアサポーター派遣事業利用報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施日時 | 年　　月　　日　　　　：　　　～　　　： | |
| 行事や催し等の名称 |  | |
| 会場 |  | |
| ピアサポーター  氏名 |  |  |
| 担当者 |  | |
| 参加者数 | 名 | |
| 参加者の立場について | 親：　　名、 配偶者：　　名、 子：　　名、 きょうだい：　　名  そのほか：　　名 | |
| 介護対象者の年代 | 10代　　名、　20代　　名、　30代　　名、　40代　　名  50代　　名、　60代　　名、　70代以上　　名  そのほか（　　　　　　　　　　） | |
| ピアサポーターの活動内容  （実施した内容に○をつけてください。） | ・参加者の体験や悩みの傾聴  ・ピアサポーター自身の体験の紹介  ・地域の支援機関等の紹介  ・そのほか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 主な相談内容 |  | |
| 参加者の様子 |  | |
| 感想等（自由記載） |  | |

※活動終了後、２週間後を目途に、障害者総合相談所宛てメールまたは郵送にてご提出ください。